

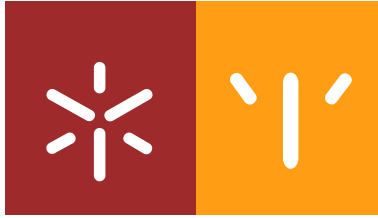


Universidade do Minho  
Escola de Psicologia

Ana Luísa Patrão Martins

**Prevenção da SIDA e Promoção da Saúde  
em Mulheres Moçambicanas: Estudo de  
Preditores de Comportamentos de Risco e  
Teste da Eficácia de uma Intervenção  
Psicossocial**





**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Ana Luísa Patrão Martins

**Prevenção da SIDA e Promoção da Saúde  
em Mulheres Moçambicanas: Estudo de  
Preditores de Comportamentos de Risco e  
Teste da Eficácia de uma Intervenção  
Psicossocial**

Tese de Doutoramento em Psicologia  
Especialização em Psicologia da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da  
**Professora Doutora Teresa McIntyre**  
e co-orientação da  
**Professora Doutora Eleonora Costa**

Maio de 2012

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE APENAS PARA EFEITOS  
DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE  
COMPROMETE;

Universidade do Minho, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Aos meus queridos avós,  
Lourenço e Teresa Patrão.



## AGRADECIMENTOS

No momento em que este trabalho de doutoramento adquire a forma que aqui apresenta, gostaria de expressar o meu profundo agradecimento a todos aqueles que, directa ou indirectamente, contribuíram para a sua realização.

As minhas primeiras palavras de agradecimento são dirigidas à Professora Doutora Teresa McIntyre, minha orientadora científica, por acreditar neste projecto e nas minhas capacidades, pela sua sabedoria, perfeccionismo e orientação de extrema qualidade em todas as etapas do processo, e pelo seu apoio desde o meu primeiro contacto com a Universidade do Minho. Acima de tudo, agradeço-lhe o exemplo que me deu enquanto ser humano e investigadora de excelência.

À Professora Doutora Eleonora Veiga-Costa, minha co-orientadora científica, pela partilha da sua experiência e conhecimentos, mas sobretudo pelas palavras de encorajamento, apoio e amizade durante os últimos cinco anos da minha vida.

Ao Dr. Eduardo Matediane, director do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Central da Beira (HCB) (Moçambique) e responsável institucional do presente projecto de investigação em contexto moçambicano, pela amizade, pela forma acolhedora com que me recebeu e integrou no HCB desde o primeiro contacto, pela confiança que depositou em mim, e pela forma activa e encorajadora com que participou e incentivou a participação de todos os colegas ginecologistas nesta investigação.

À Fundação para a Ciência e Tecnologia pela confiança dada a este projecto ao conceder-me uma bolsa de doutoramento, da qual usufruí de 2007 a 2011.

Ao Ministério da Saúde de Moçambique que permitiu, facilitou e autorizou a minha integração no Hospital Central da Beira, instituição onde decorreu a recolha de dados, durante doze meses.

Ao Dr. Augusto César Macôme, Director do Hospital Central da Beira, pelo seu interesse no presente projecto de investigação e pelo caloroso acolhimento que me proporcionou na instituição de saúde que dirige. Aproveito para agradecer a todos os restantes profissionais desta instituição que com o seu contributo facilitaram a recolha de dados desta investigação. O meu enorme agradecimento a todos os médicos ginecologistas do HCB que participaram no recrutamento da amostra, assim como, à Merciana pela sua valiosa colaboração na recolha de dados.

Embora anónimo, o meu especial agradecimento a todas as mulheres que participaram nesta investigação. Sem elas este projecto não teria existido, nem faria sentido de existir.

À Universidade do Minho, em particular aos docentes com quem tive o prazer de contactar durante a parte curricular do doutoramento em Psicologia da Saúde, assim como, a todos os restantes profissionais da Escola de Psicologia que, de alguma forma, me ajudaram neste processo.

Ao Professor Doutor José Jacinto Vasconcelo-Raposo, por me apresentar Moçambique e me introduzir no mundo da investigação psicossocial. Agradeço-lhe sobretudo o exemplo, a amizade e o encorajamento dados desde o início da minha licenciatura, na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Ao Dr. João Mocho e à Dr.<sup>a</sup> Teresa Passos Coelho, meus superiores hierárquicos na então Sub-Região de Saúde de Vila Real e no Centro de Saúde de Vila Pouca de Aguiar, respectivamente, pelo apoio e facilitação aquando do início do doutoramento. À Dr.<sup>a</sup> Manuela Sampaio, minha coordenadora em Serviço Social, pela amizade, confiança e energia positiva. Aos amigos de Vila Real por continuarem a ser quem são, mesmo após a despedida.

Aos meus amigos e colegas da Universidade do Minho, Susana Pedras, Patrícia Pinto, Vera Costa, Jorge Carrulo, Rute Sampaio e Ricardo Teixeira, pelas experiências partilhadas, o apoio e a amizade. Neste âmbito, um especial agradecimento à Vanessa Azevedo, pelo excepcional ser humano que é, além de uma aluna e investigadora brilhante. Agradeço-lhe o facto de ter partilhado essas qualidades comigo.

À Família Issak, em especial à Rosita, pelo acolhimento caloroso, afecto e apoio a todos os níveis durante a minha estadia de um ano em Moçambique. À Stella, Marilena, Nachan, Rui e Rosana pela amizade e integração na cidade da Beira.

Às minhas amigas de sempre, Zita, Armanda, Gina e Carla, por fazerem parte de todas as grandes decisões da minha vida. Aos amigos Rui, Almeida, Nela, Vítor, Ângelo e todos os outros que sabem que o são, pela amizade e por fazerem parte deste processo e me darem o necessário em cada uma das suas fases. Mais recentemente, à Cândida, Anita e João, pela amizade, preocupação e encorajamento tão particulares. À Vanessa e à Gabi, pela amizade de sempre, e por me darem o prazer de as receber em Moçambique, encurtando a distância e esbatendo parte da saudade.

Ao Sérgio, pelo afecto e presença, mesmo na ausência.



A toda a família Patrão por ser a minha base. À minha irmã, Maria José, pelo que somos e partilhamos de forma única; ao tio Chico pelo carinho e prestabilidade; ao Guilherme, Catarina e Margarida pelas crianças maravilhosas que são e darem cor à minha vida. Às minhas tias, pelo carinho e pelas mulheres corajosas que são e, assim, terem contribuído para a formação do meu pensamento crítico acerca da investigação no feminino.

Por último e em especial, à minha mãe, Olívia Patrão, pelo seu amor e apoio incondicionais, e por ser o meu porto seguro em todas as aventuras da minha vida, até nas mais ousadas.



Este projecto foi financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), através da atribuição da bolsa de doutoramento com a referência SFRH/ BD/37909/2007



## RESUMO

A presente investigação teve como objectivo testar a eficácia de duas intervenções psicossociais direccionadas para a prevenção do VIH/SIDA e promoção da saúde em mulheres Moçambicanas em risco sexual: a intervenção Didáctica e a intervenção ACCENT (“Capacidade Acelerada para a Exposição ao Conflito e Treino de Negociação”). A primeira é de cariz individual e meramente informativa; a segunda, além de informação, integra o treino de competências psicossociais, em grupo. Adicionalmente, também se procurou identificar as variáveis psicossociais associadas a comportamentos de risco sexual (práticas sexuais seguras actuais e utilização do preservativo) na amostra total, no pré-teste. O plano da investigação é do tipo *randomized controlled trial*, em que se distribuiu aleatoriamente as participantes por três condições: grupo experimental de intervenção ACCENT, grupo experimental de intervenção didáctica e grupo de controlo (sem intervenção). Também é um estudo longitudinal, com quatro momentos de avaliação: pré-teste (antes da intervenção), pós-teste (após a intervenção), seguimento 1 (um mês após a intervenção), e seguimento 2 (três meses após a intervenção). Trata-se ainda de um estudo correlacional, na medida em que se investiga a relação entre variáveis psicossociais e comportamentais. O estudo decorreu no Hospital Central da Beira, em Moçambique, com uma amostra de 173 mulheres, em risco para a infecção pelo VIH/SIDA de acordo com critérios previamente estabelecidos. O instrumento de avaliação utilizado foi o *Questionário do Estudo sobre a Saúde das Mulheres Moçambicanas* (Hobfoll et al., 2002; versão adaptada por McIntyre, Costa & Patrão, 2009). Foram analisadas as características psicométricas das escalas que constituem este questionário, na amostra em estudo. As variáveis de resultado estudadas foram as seguintes: auto-eficácia geral, auto-estima, depressão, percepção de perda de recursos, suporte social, conhecimentos acerca do VIH/SIDA, percepção de barreiras face ao sexo seguro, auto-eficácia na negociação do preservativo, práticas sexuais seguras actuais (intenção e compra de preservativos), e utilização do preservativo (no decorrer dos últimos quatro actos sexuais). A primeira hipótese previa melhores resultados, a curto prazo (após a intervenção), para os grupos de intervenção (Didáctica e ACCENT), em comparação com o Grupo de Controlo (sem intervenção). A segunda hipótese previa melhores resultados para o grupo ACCENT, em comparação com o Grupo Didáctico, a curto prazo (após a intervenção). A terceira hipótese previa a manutenção dos ganhos obtidos ao longo do tempo no seguimento de um e três meses,

em ambas as intervenções. As análises exploratórias pretenderam identificar as variáveis psicossociais associadas aos comportamentos de risco (correlatos) no pré-teste. A hipótese 1 foi confirmada para a generalidade das variáveis em estudo, à excepção da auto-eficácia geral, da depressão, da auto-estima, do suporte social, do stress financeiro e relacionado com as condições domésticas, da auto-eficácia para o uso do preservativo, e da percepção de atitudes do parceiro como negativas. A hipótese 2, relativa à superioridade da intervenção ACCENT em relação à intervenção Didáctica, confirmou-se para todas as variáveis em estudo, excepto nos conhecimentos acerca do VIH/SIDA, em que ambas as intervenções foram igualmente eficazes. A hipótese 3 também se confirmou para os conhecimentos acerca da transmissão/contágio, os conhecimentos acerca da prevenção, a percepção de atitudes do parceiro como negativas, as práticas sexuais seguras actuais, e a utilização do preservativo nos últimos 4 actos sexuais, indicando manutenção dos ganhos nos seguimentos de 1 e 3 meses para ambas as intervenções. A hipótese 3 apenas se confirmou para o grupo ACCENT relativamente à percepção de barreiras face ao sexo seguro, à ausência de percepção de risco, às percepções negativas face ao sexo seguro e ao suporte social. Relativamente às análises exploratórias, verificou-se que as variáveis demográficas idade e escolaridade, e as maritais estado civil e conversar sobre SIDA com os parceiros são correlatos significativos das variáveis comportamentais. Foram correlatos psicossociais significativos a auto-eficácia para o uso do preservativo e a percepção de barreiras. Os conhecimentos acerca da prevenção e a percepção de barreiras associaram-se à auto-eficácia para o uso do preservativo que foi o correlato mais importante do comportamento sexual seguro. Finalmente, foram apresentadas as limitações do estudo, assim como, as implicações dos resultados obtidos para investigações futuras e a prevenção do VIH/SIDA na mulher africana.

## ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the effectiveness of two psychosocial interventions focused on HIV/AIDS prevention and sexual health promotion among at risk Mozambican women: Didactic intervention and ACCENT intervention (Accelerating Capacity for Conflict Exposure Negotiation Training).. The Didactic intervention was merely informative and individual, whereas the ACCENT intervention, besides the educational component, emphasized the training and development of psychosocial skills in a group setting. This study also aimed to identify psychosocial correlates of sexual risk behaviors (current safe sex practices and condom use) among the total sample, at pre-test. The study design is a randomized controlled trial, in which participants were randomly assigned to three conditions: the experimental group ACCENT intervention, the experimental group Didactic intervention, and the control group (no intervention). It is a longitudinal study because the participants were followed over time and evaluated at four time points: pre-test (prior to the intervention), post-test (after the intervention), follow-up 1 (one month after the intervention), and follow-up 2 (three months after the intervention). It is also a correlational study, since the association between psychosocial and behavioral variables is examined. The study was conducted at the Central Hospital of Beira in Mozambique, with a sample of 173 women considered to be at risk for HIV/AIDS according to previously determined criteria). The instrument used was the *Mozambican Women's Health Study Questionnaire* (Hobfoll et al., 2002; adapted by McIntyre, Costa, & Patrão, 2009). We analyzed the psychometric characteristics of the scales that make up this questionnaire, in the Mozambican sample. The outcome variables studied were the following: general self-efficacy, self-esteem, depression, perceived loss of resources, social support, HIV/AIDS knowledge, perceived barriers against safer sex, self-efficacy in condom negotiation, current sexual activity (intention to use and buy condoms), and condom use (last four sexual encounters). The first hypothesis predicted better results for the intervention groups (Didactic and ACCENT) at post-test in comparison to the control group (no intervention). The second hypothesis predicted better results for the ACCENT intervention group in comparison to the Didactic intervention group, at post-test. The third hypothesis predicted that the gains at post-test would be maintained at 1 and 3 months after the interventions. The exploratory analyses aimed to identify which psychosocial variables were associated with sexual risk behaviours (correlates) at pre-

test. Hypothesis 1 was confirmed for the majority of the variables studied, except for general self-efficacy, depression, self-esteem, social support, financial and domestic stress, self-efficacy in condom negotiation, and perceived partner's negative attitudes.. Hypothesis 2, concerning the comparison of the effectiveness of the ACCENT intervention and the Didactic intervention, was confirmed for all variables studied, except for HIV/AIDS knowledge, since both interventions were equally effective. Hypothesis 3 was confirmed for HIV/AIDS knowledge, perceived partner's negative attitudes, current safe sex practices, and condom use in the past four sexual encounters, indicating that these gains were maintained at 1 and 3 month follow-ups, for both interventions. Hypothesis 3 was only confirmed for the ACCENT intervention in terms of the perception of barriers to safe sex and social support. Regarding the exploratory analyses, we found that the demographic variables age and education level, and the marital variables (marital status and talking about AIDS with partners) are significant correlates of the safe sex behaviors. Self-efficacy in condom negotiation, and perceived barriers against safer sex, were significant correlates of sexual behavior. The HIV prevention knowledge and the perceived barriers against safer sex were associated with self-efficacy in condom negotiation, which was the most important correlate of safe sex behavior. Finally, the limitations of the study were presented as well as the implications of the results for future research and the prevention of HIV/AIDS among African women.



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	11
CAPÍTULO I – PREVENÇÃO DO VIH/SIDA E PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL NA MULHER EM GERAL, E NA MULHER AFRICANA EM PARTICULAR .....	13
1.1.    Epidemiologia e Impacto do VIH/SIDA .....	15
1.2.    A Importância do Foco na Mulher em Termos de Prevenção do VIH/SIDA..	23
1.3.    O Sexo como Risco de Saúde para a Mulher.....	25
1.3.1.    As Doenças Sexualmente Transmissíveis (ISTs) .....	26
a.    O VIH/SIDA .....	29
1.4.    Pertinência da Intervenção Psicossocial ao Nível da Prevenção do VIH/ em Mulheres Africanas/Moçambicanas .....	32
1.5.    Variáveis Psicossociais Associadas à Prevenção do VIH/SIDA nas Mulheres	36
1.5.1.    A Importância do Uso do Preservativo para as Mulheres .....	36
1.5.2.    Factores Psicossociais de Risco na Mulher Africana/Moçambicana .....	47
1.5.2.1. Factores de Risco Socioeconómicos.....	48
a.    Nível de Escolaridade .....	48
b.    Idade .....	52
c.    Estado Civil .....	55
d.    Situação Laboral .....	57
e.    Pobreza .....	58
f.    Pertença a Minorias Étnicas .....	63
1.5.2.2. Factores de Risco Psicossociais.....	70
a.    Vitimização.....	70
b.    Contexto Relacional .....	81
c.    Problemas de Saúde Mental .....	91
d.    História de Cárcere e Prostituição .....	99
1.5.2.3. Factores de Risco Sócio-Cognitivos.....	105
a.    Nível de Conhecimentos sobre o VIH.....	105
b.    Crenças e Competências Relacionadas com a Prática do Sexo Seguro .	110
c.    Auto-Eficácia.....	120

1.5.2.4. Factores de Risco Socioculturais .....	125
a. Normas Sociais e Culturais.....	125
b. Influências Familiares.....	135
1.5.2.5. Reflexão Crítica Acerca dos Factores de Risco para a Infecção pelo VIH/SIDA nas Mulheres e na Mulher Africana em Particular .....	140

## CAPÍTULO II – MODELOS DE MUDANÇA DO COMPORTAMENTO PARA A REDUÇÃO DO RISCO DE INFECÇÃO PELO VIH/SIDA ..... 143

2.1. Importância dos Modelos de Mudança Comportamental para a Redução do Risco de Infecção pelo VIH/SIDA .....	145
2.2. Modelos Gerais de Mudança do Comportamento para o VIH/SIDA.....	148
2.2.1. A Teoria Sócio-Cógnitiva (TSC).....	148
2.2.2. Modelo de Crenças da Saúde (MCS).....	159
2.2.3. Teoria da Acção Racional (TAR) .....	170
2.2.4. Teoria do Comportamento Planeado (TCP) .....	179
2.2.5. Modelo Transteórico (MT) .....	189
2.3. Modelos de Mudança Comportamental Especificamente Criados e Direccionados para a Diminuição do Risco de Infecção pelo VIH/SIDA.....	200
2.3.1. Modelo de Informação-Motivação-Competências Comportamentais	200
2.3.2. Modelo de Redução do Risco da SIDA .....	213
2.4. Reflexão Crítica Acerca dos Modelos Apresentados.....	223

## CAPÍTULO III – PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO DIRECCIONADOS PARA A PREVENÇÃO DO VIH/SIDA EM MULHERES SEXUALMENTE ACTIVAS ..... 229

3.1. A Importância dos Programas de Intervenção Psicossocial na Prevenção do VIH/SIDA na Mulher .....	231
3.2. Intervenções Educativas Breves .....	235
3.2.1. Eficácia de Intervenções Educativas Breves com População Africana e Afro-Americana.....	241
3.3. Intervenções de Múltiplas Sessões com Treino de Competências .....	247
3.3.1. Eficácia de Intervenções em Grupo de Treino de Competências na População Africana e Afro-Americana .....	261
3.4. Intervenções Comunitárias.....	273

3.4.1.	Eficácia de Intervenções Comunitárias com População Africana e Afro-Americana.....	278
3.5.	Campanhas Publicitárias e de Educação Massiva (na População em Geral)	281
3.6.	Reflexão Crítica Acerca das Intervenções e Questões Metodológicas .....	283
<b>PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA .....</b>		<b>301</b>
<b>CAPÍTULO IV – METODOLOGIA.....</b>		<b>303</b>
4.1.	Objectivos e Tipo de Estudo .....	305
4.2.	Hipóteses.....	307
4.3.	Variáveis em Estudo .....	308
4.3.1.	Variáveis Independentes .....	308
4.3.2.	Variáveis Dependentes e de Resultado .....	308
4.3.3.	Variáveis Clínicas .....	309
4.3.4.	Variáveis Sócio-Demográficas .....	309
4.4.	Procedimento de Recolha de Dados .....	311
4.4.1.	Breve Descrição das Intervenções: ACCENT e Didáctica .....	313
4.5.	População e Amostra .....	317
4.5.1.	Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra.....	318
4.5.2.	Caracterização Clínica da Amostra.....	322
4.6.	Instrumentos de Avaliação.....	329
4.6.1.	Questionário Sócio-Demográfico e Clínico.....	330
4.6.2.	Escala de Auto-Eficácia na Negociação do Preservativo (Self-Efficacy AIDS Negotiation Scale - SE-AIDS) .....	331
4.6.3.	Questionário da Conservação de Recursos (Conservation of Resources-Evaluation Questionnaire - COR-E).....	335
4.6.4.	Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos .....	341
4.6.5.	Escala de Auto-Eficácia Geral (General Self-Efficacy Scale - GSES).....	348
4.6.6.	Escala de Suporte Social (S.P.S.).....	354
4.6.7.	Escala de Conhecimento sobre a Transmissão e Prevenção do VIH (ECTP/VIH) .....	359
4.6.8.	Questionário do Comportamento Sexual Passado (QCS).....	367
4.6.9.	Questionário de Atitudes e outros Comportamentos relacionados com a SIDA (ACS) .....	369

4.6.10. Escala de Percepção de Comportamento de Risco do Parceiro para o VIH (EP/CR/VIH) .....	370
4.6.11. Escala de Práticas Sexuais Seguras Actuais (E/PSSA).....	371
4.6.12. Controlo da Natalidade .....	375
4.6.13. Questionário de Barreiras: Razões para não Praticar Sexo Seguro (BASSB).....	375
4.6.14. Questionário de Marcadores de ISTs e VIH .....	383
4.6.15. Questionário sobre o Uso de Álcool e Drogas.....	383
4.6.16. Escala de Auto-Estima (Self-Esteem Scale - SES).....	384
4.6.17. Escala de Auto-Relato de Sintomatologia de PTSD (PTSD Symptom Scale: self-reported - PSS-SR) .....	387
4.6.18. Questionário de Abuso Sexual na Idade Adulta .....	389
4.6.19. Questionário de Trauma Infantil (CTQ) .....	390
4.7. Procedimentos Estatísticos .....	392
 CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	397
5.1. Resultados da Equivalência dos Grupos no Pré-Teste.....	399
5.2. Resultados do Teste de Hipóteses.....	401
5.2.1. Eficácia a Curto Prazo das Intervenções ACCENT e Didáctica, em relação ao Grupo de Controlo.....	401
5.2.2. Eficácia Relativa das Intervenções ACCENT e Didáctica .....	407
5.2.3. Efeitos a Médio Prazo das Intervenções Didáctica e ACCENT, em Comparação com o Grupo de Controlo.....	411
5.3. Resultados das Análises Exploratórias .....	422
 CAPÍTULO VI - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	433
6.1. Análise da Eficácia das Intervenções.....	435
6.1.1 Eficácia a Curto Prazo das Intervenções ACCENT e Didáctica, em relação ao Grupo de Controlo.....	435
6.1.2. Eficácia Relativa a Curto Prazo das Intervenções ACCENT e Didáctica...	444
6.1.3. Efeitos a Médio Prazo das Intervenções Didáctica e ACCENT .....	449
6.2. Discussão dos Resultados das Análises Exploratórias .....	454
6.2.1 Correlatos Demográficos e Maritais .....	455
6.2.2 Correlatos Psicossociais .....	458

6.3. Limitações da Investigação.....	465
CONCLUSÃO INTEGRATIVA E IMPLICAÇÕES FUTURAS .....	469
REFERÊNCIAS .....	481
ANEXOS .....	529

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1:</b> Problemas Percebidos Derivados do VIH/SIDA em 10 Comunidades do Uganda.....	18
<b>Quadro 2:</b> Definições e Exemplos dos Processos de Mudança para o Sexo Seguro segundo o MT .....	193
<b>Quadro 3:</b> Apresentação das Variáveis Estudadas, Questionários e Momentos de Avaliação .....	310
<b>Quadro 4:</b> Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra.....	319
<b>Quadro 5:</b> Caracterização Clínica da Amostra por Grupo: Saúde Sexual e Reprodutiva .....	322
<b>Quadro 6:</b> Caracterização Clínica da Amostra por Grupo: História de Abuso na Idade Adulta, História de Abuso na Infância, e Sintomatologia de Stress Pós-Traumático ..	324
<b>Quadro 7:</b> Caracterização Clínica da Amostra por Grupo: Consumo de Álcool e Drogas, Percepções de Risco (em relação ao parceiro, comunitário e pessoal), e Conversas sobre SIDA com o Parceiro (os) .....	327
<b>Quadro 8:</b> Resultados da Análise de Consistência Interna do SE-AIDS .....	332
<b>Quadro 9:</b> Estrutura Factorial da SE-AIDS .....	333
<b>Quadro 10:</b> Coeficientes de Correlação de Spearman entre os Totais da SE-AIDS, da GSES, e 1 item (uso preservativo nos últimos 4 actos sexuais) do Questionário de Comportamento Sexual Actual.....	333
<b>Quadro 11:</b> Resultados Relativos à Fidelidade Teste-Retestes da SE-AIDS .....	334
<b>Quadro 12:</b> Resultados da Análise de Consistência Interna das Sub-Escalas do COR-E: Stress Financeiro e Stress Relacionado com as Condições Domésticas .....	339
<b>Quadro 13:</b> Coeficientes de Correlação de Spearman entre COR-Total, Sub-Escala Stress Financeiro e Sub-escala Stress com as Condições Domésticas .....	340
<b>Quadro 14:</b> Coeficientes de Correlação de Spearman entre o COR e a SPS.....	341
<b>Quadro 15:</b> Resultados da Análise de Consistência Interna dos Valores da CES-D ..	345
<b>Quadro 16:</b> Estrutura Factorial da CES-D .....	347
<b>Quadro 17:</b> Resultados da Análise de Consistência interna da GSES .....	351
<b>Quadro 18:</b> Estrutura Factorial da GSES .....	352
<b>Quadro 19:</b> Coeficientes de Correlação de Spearman entre a GSES-Total, a SE-AIDS-Total e 1 item (uso preservativo nos últimos 4 actos sexuais) do Questionário de Comportamento Sexual Actual.....	353

<b>Quadro 20:</b> Resultados Relativos à Fidelidade Teste-Reteste da GSES .....	353
<b>Quadro 21:</b> Resultados das Análises de Consistência Interna da SPS .....	357
<b>Quadro 22:</b> Coeficientes de Correlação de Spearman entre os Totais da SPS, do COR, da CES-D e da GSES .....	358
<b>Quadro 23:</b> Resultados da Análise de Consistência Interna da ECTP/VIH–Total .....	361
<b>Quadro 24:</b> Resultados da Análise de Consistência Interna da Sub-Escala de Conhecimento sobre a Transmissão/Contágio do VIH .....	363
<b>Quadro 25:</b> Resultado da Análise de Consistência Interna da Sub-Escala de Conhecimento sobre a Prevenção do VIH.....	364
<b>Quadro 26:</b> Estrutura Factorial da ECTP/VIH .....	365
<b>Quadro 27:</b> Resultados Relativos à Fidelidade Teste-Reteste da ECTP/VIH.....	366
<b>Quadro 28:</b> Resultados da Análise de Consistência Interna E/PSSA .....	373
<b>Quadro 29:</b> Estrutura Factorial da E/PSSA.....	374
<b>Quadro 30:</b> Coeficientes de Correlação de Spearman entre os Totais da E/PSSA, da SE-AIDS e da BASSB.....	374
<b>Quadro 31:</b> Resultados da Análise de Consistência Interna da BASSB .....	379
<b>Quadro 32:</b> Resultados da Análise de Consistência Interna das Sub-Escala da BASSB .....	380
<b>Quadro 33:</b> Estrutura Factorial da BASSB .....	381
<b>Quadro 34:</b> Resultados Relativos à Fidelidade Teste-Reteste da BASSB).....	382
<b>Quadro 35:</b> Coeficientes de Correlação de Spearman entre a BASSB, a SE-AIDS e a GSES .....	383
<b>Quadro 36:</b> Resultados da Análise de Consistência Interna da SES.....	386
<b>Quadro 37:</b> Coeficientes de Correlação de Spearman entre a SES e a GSES.....	387
<b>Quadro 38:</b> Medidas de Pré-Teste das Variáveis Psicossociais Estudadas e Resultados das ANOVAS e MANOVAS para a Comparação do Grupo de Intervenção Didáctica, do Grupo ACCENT e do Grupo de Controlo .....	399
<b>Quadro 39:</b> Medidas de Pré-Teste das Variáveis Psicossociais Estudadas e Resultados do Kruskal-Wallis Test para a Comparação do Grupo de Intervenção Didáctica, do Grupo ACCENT) e do Grupo de Controlo.....	400
<b>Quadro 40:</b> Resultados das ANCOVAS e MANCOVAS para a Auto-eficácia Geral, Depressão, Auto-Estima, Stress Financeiro, Stress Relacionado com as Condições Domésticas, Conhecimentos acerca do VIH e Suporte Social, tendo como Factor o Grupo: Intervenção Didáctica, ACCENT e Grupo de Controlo.....	402

<b>Quadro 41:</b> Resultados dos Testes de Wilcoxon para Medidas Repetidas (pré-teste, pós-teste) para as Variáveis Não Paramétricas de Resultado, tendo como Factor o Tempo: Grupo de Intervenção Didáctica.....	404
<b>Quadro 42:</b> Resultados dos Testes de Wilcoxon para Medidas Repetidas (pré-teste, pós-teste) para as Variáveis Não Paramétricas de Resultado, tendo como Factor o Tempo: Grupo Intervenção ACCENT.....	405
<b>Quadro 43:</b> Resultados dos Testes de Wilcoxon para Medidas Repetidas (pré-teste, pós-teste) para as Variáveis não Paramétricas de Resultado, tendo como Factor o Tempo: Grupo de Controlo .....	406
<b>Quadro 44:</b> Resultados das MANCOVAS para as Subescalas dos Conhecimentos acerca do VIH, no Pós-Teste, tendo como factor o Grupo: Intervenção Didáctica e Intervenção ACCENT .....	408
<b>Quadro 45:</b> Resultados dos Testes de Wilcoxon para Medidas Repetidas (pré-teste, pós-teste) para as Variáveis Não Paramétricas de Resultado, tendo como Factor o Tempo: Grupo de Intervenção Didáctica.....	409
<b>Quadro 46:</b> Resultados dos Testes de Wilcoxon para Medidas Repetidas (pré-teste, pós-teste) para as Variáveis Não Paramétricas de Resultado, tendo como Factor o Tempo: Grupo Intervenção ACCENT .....	410
<b>Quadro 47:</b> Resultados das ANCOVAS para Medidas Repetidas ao Nível dos Conhecimentos acerca do VIH e Suporte Social, nos M2 a M4, tendo como Factores o Grupo (Intervenção Didáctica, ACCENT, Grupo de Controlo), e o Tempo, e como Covariante o Momento 1 de avaliação .....	413
<b>Quadro 48:</b> Resultados dos Testes de Friedman para Medidas Repetidas (pré-teste, pós-teste, 1 e 3 meses) para o Grupo de Intervenção Didáctica, ACCENT e de Controlo: Auto-Eficácia na Negociação do Preservativo .....	414
<b>Quadro 49:</b> Resultados dos Testes de Friedman para Medidas Repetidas (pré-teste, pós-teste, 1 e 3 meses) para o Grupo de Intervenção Didáctica, ACCENT e de Controlo: Percepção de Barreiras face ao Sexo Seguro (Total) .....	415
<b>Quadro 50:</b> Resultados dos Testes de Friedman para Medidas Repetidas (pré-teste, pós-teste, 1 e 3 meses) para o Grupo de Intervenção Didáctica, ACCENT e de Controlo: Ausência de Percepção de Risco .....	416
<b>Quadro 51:</b> Resultados dos Testes de Friedman para Medidas Repetidas (pré-teste, pós-teste, 1 e 3 meses) para o Grupo de Intervenção Didáctica, ACCENT e de Controlo: Percepção de Atitudes Negativas face ao Sexo Seguro.....	417



<b>Quadro 52:</b> Resultados dos Testes de Friedman para Medidas Repetidas (pré-teste, pós-teste, 1 e 3 meses) para o Grupo de Intervenção Didáctica, ACCENT e de Controlo: Percepção de Atitudes do Parceiro como Negativas .....	418
<b>Quadro 53:</b> Resultados dos Testes de Friedman para Medidas Repetidas (pré-teste, pós-teste, 1 e 3 meses) para o Grupo de Intervenção Didáctica, ACCENT e de Controlo: Percepção de Baixa Auto-Eficácia na Comunicação com o Parceiro .....	419
<b>Quadro 54:</b> Resultados dos Testes de Friedman para Medidas Repetidas (pré-teste, pós-teste, 1 e 3 meses) para o Grupo de Intervenção Didáctica, ACCENT e de Controlo: Práticas Sexuais Seguras Actuais .....	420
<b>Quadro 55:</b> Resultados dos Testes de Friedman para Medidas Repetidas (pré-teste, pós-teste, 1 e 3 meses) para o Grupo de Intervenção Didáctica, ACCENT e de Controlo: Utilização do Preservativo nos últimos 4 Actos Sexuais .....	421
<b>Quadro 56:</b> Coeficientes de Correlação de Spearman entre as Variáveis Psicossociais e as Comportamentais no Pré-Teste .....	423
<b>Quadro 57:</b> Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Idade, Escolaridade, Estado Civil, Conversa com o Parceiro sobre SIDA, e Auto-Eficácia para o Uso do Preservativo, como Correlatos das Práticas Sexuais Seguras, no Pré-teste.....	425
<b>Quadro 58:</b> Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Idade, Escolaridade, Estado Civil, Conversa com o Parceiro sobre SIDA, e Percepção de Barreiras para o Sexo Seguro (Total), como Correlatos das Práticas Sexuais Seguras, no Pré-teste .....	426
<b>Quadro 59:</b> Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Idade, Escolaridade, Estado Civil, Conversa com o Parceiro sobre SIDA, e as Sub-Escalas de Percepção de Barreiras Face ao Sexo Seguro, como Correlatos das Práticas Sexuais Seguras, no Pré-teste .....	427
<b>Quadro 60:</b> Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Idade, Escolaridade, Estado Civil, Conversa com o Parceiro sobre SIDA, e Auto-Eficácia para o Uso do Preservativo, como Correlatos da Utilização do Preservativo nos Últimos 4 Actos Sexuais, no Pré-Teste .....	428
<b>Quadro 61:</b> Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Idade, Escolaridade, Estado Civil, Conversa com o Parceiro sobre SIDA, e Conhecimentos acerca da Prevenção, como Correlatos da Auto-Eficácia para o Uso do Preservativo, no Pré-teste .....	429
<b>Quadro 62:</b> Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Idade, Escolaridade, Estado Civil, Conversa com o Parceiro sobre SIDA, e Percepção de Barreiras para o	

Sexo Seguro (Total), como Correlatos da Auto-Eficácia para o Uso do preservativo, no Pré-teste .....	430
--	-----

<b>Quadro 63:</b> Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Idade, Escolaridade, Estado Civil, Conversa com o Parceiro sobre SIDA, e as Sub-Escalas de Percepção de Barreiras Face ao Sexo Seguro, como Correlatos da Auto-Eficácia para o Uso do preservativo, no Pré-teste .....	431
---	-----

## Índice de Figuras

<b>Figura 1:</b> Aplicação da Teoria Sócio-Cognitiva à Utilização do Preservativo .....	152
<b>Figura 2:</b> Elementos Básicos do Modelo de Crenças de Saúde. ....	163
<b>Figura 3:</b> Elementos Básicos da Teoria da Ação Racional, Aplicada ao Uso do Preservativo .....	172
<b>Figura 4:</b> Aplicação da Teoria do Comportamento Planeado ao Uso do Preservativo	181
<b>Figura 5:</b> Aplicação do MT ao Uso do Preservativo.....	191
<b>Figura 6:</b> Os Determinantes Fundamentais da Prevenção do VIH/SIDA de acordo com o MIMCC.....	201
<b>Figura 7:</b> Estádios do Modelo de Redução de Risco da SIDA.....	214



## **INTRODUÇÃO**

---



Actualmente o VIH/SIDA é uma das principais ameaças à vida humana (Snelling, Omariba, Hong, Georgianos, Racine & Bole, 2007). Na terceira década desta epidemia, o VIH/SIDA continua a ameaçar a vida de milhões de africanos, cresce no continente asiático e desafia a formulação de políticas de saúde, educação e desenvolvimento em todo o mundo (Paiva, Buchalla, Ayres & Hearst, 2002). Embora, numa perspectiva global, o número de casos de infecção pelo VIH/SIDA tenha vindo a diminuir a partir do ano 2000, este continua a ser prevalente, atingindo 33 milhões de pessoas em todo o mundo (UNAIDS, 2008). O número de mulheres infectadas também tem vindo a aumentar, representando, actualmente, cerca de 50% dos adultos infectados. Assim, é importante atender à vulnerabilidade do género feminino para o VIH/SIDA. De acordo com Teixeira (1996), o VIH/SIDA tem vindo a evidenciar-se como umas das maiores ameaças à saúde feminina.

É importante distinguir a situação epidemiológica do VIH/SIDA na mulher nos países em vias de desenvolvimento e nos países ocidentais (Chaves, Ramalho, Carrilho & Araújo, 2005). Em algumas zonas do planeta, como é o caso da África Subsaariana, o número de mulheres infectadas ultrapassa o número de homens. Em alguns países africanos esta diferença é bastante significativa (Mabala, 2006; UNAIDS, 2008). Em Moçambique, num país onde 1.5 milhões de pessoas se encontram infectadas pelo VIH/SIDA (UNAIDS, 2008), entre adultos com mais de 15 anos, 598. 100 dos casos correspondem a homens, e 861 3000 dos casos correspondem a mulheres (INE, MISAU, MPD, CEA, CNCS, & UEM, 2008). De acordo com Santamaría (2005), no contexto moçambicano, as mulheres e meninas são as mais susceptíveis de contraírem o VIH/SIDA, com as taxas de prevalência a evidenciarem que elas têm 2.5 mais probabilidades de contraírem a infecção do que os homens. Neste contexto, a principal via de infecção é a sexual (Cronqvist & Berg-Schlosser, 2006; Santamaría, 2005; UNAIDS, 2008). No acto sexual, as mulheres têm uma probabilidade maior do que os homens de contrair o VIH numa única relação sexual desprotegida, mas estas dependem muito da cooperação dos seus parceiros para se protegerem da infecção. Aliado a tudo isto está o facto de, em Moçambique, a mulher estar socialmente conotada como aquela que deve realizar as tarefas domésticas e providenciar cuidados aos membros do seu agregado familiar. Assim, o VIH/SIDA aumenta o peso do fardo que muitas destas mulheres têm de carregar. A pobreza e a falta de serviços sociais adequados dirigidos especificamente a questões relacionadas com o flagelo do VIH em Moçambique,

tornaram a questão do VIH/SIDA numa verdadeira crise com repercussões na saúde e economia, onde a mulher se encontra como principal vítima (Santamaría, 2005). Assim, é pertinente intervir na saúde psicossocial da mulher moçambicana, dado encontrarem-se numa situação de grande vulnerabilidade face ao VIH/SIDA. No entanto, a investigação comportamental e psicossocial ainda é escassa neste contexto, o que reforça ainda mais a necessidade do desenvolvimento de programas de prevenção eficazes para esta população específica.

A intervenção preventiva e remediativa em termos de VIH/SIDA no contexto africano, nomeadamente em Moçambique, justifica-se pela sua situação epidemiológica, sendo necessário aumentar o conhecimento acerca das variáveis de risco, onde ele é escasso e mais necessário; mas também por uma questão de justiça social. De acordo com Hímen (2007), é muito diferente viver uma experiência dolorosa como a seropositividade num continente como África, onde as pessoas são maioritariamente pobres e vulneráveis, do que num continente como o europeu ou o norte-americano (onde abundam a maioria das intervenções e investigações), onde embora igualmente dolorosa, é uma experiência vivida com maior conforto, assistência e segurança. A forma mais eficaz de intervir no VIH/SIDA é preveni-lo, na medida em que não tem cura, justamente onde ele mais se manifesta e onde as populações têm poucos meios para lhe fazer face. Na verdade, os países em vias de desenvolvimento reúnem uma grande parte dos maiores flagelos mundiais em termos de saúde. Por um lado assistem de forma ainda bem marcante a problemas com que sempre viveram, tais como, a falta de água potável, a falta de condições sanitárias, as carências ao nível de vacinação e saúde materno-infantil, etc. Por outro lado, acumulam desde há anos as questões mais prementes ao nível dos países desenvolvidos: consumos, excessos, doenças sexualmente transmissíveis como é o caso do VIH/SIDA, diabetes, violência, acidentes, carências ao nível da saúde mental, etc. (Matos, 2004). Há assim uma grande necessidade de se desenvolver investigações aprofundadas e intervenções eficazes em saúde, em países socioeconomicamente mais desfavorecidos (Mandel & Brickley, 2008), nomeadamente, no que se refere à questão da epidemia do VIH/SIDA.

Os programas de prevenção do VIH/SIDA de natureza psicossocial desenvolvidos em diversos contextos (e.g. europeu e norte americano) têm demonstrado elevada eficácia, nomeadamente, ao nível do aumento de conhecimentos e da redução de comportamentos de risco (McIntyre, 2002). Neste âmbito, deve ser reconhecido o papel da Psicologia da Saúde enquanto campo de prática e investigação, baseada num



modelo biopsicossocial (McIntyre, 1994), no qual a saúde e a doença são reconhecidas como processos dinâmicos determinados por uma multiplicidade de causas (Engel, 1977). De acordo com Matarazzo (1980), a Psicologia da Saúde traduz-se num agregado de contribuições científicas, educacionais e profissionais decorrentes da disciplina psicológica para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da doença, e identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos de saúde, doença e disfunções psicológicas relacionadas. Assim, são impulsionadas intervenções e investigações que visam a promoção de comportamentos saudáveis, entre os quais, no âmbito da saúde sexual e prevenção da SIDA, numa perspectiva holística e abrangente de todos os factores que influenciam a saúde dos indivíduos: biológicos, psicológicos, sociais, entre outros.

No continente africano têm sido desenvolvidos alguns esforços na prevenção do SIDA, contudo, infelizmente, estes raramente são documentados de forma sistemática (Benotsch, Stevenson, Sitzler, Kelly, Makhaye, Mathey, Somlai, Brown, Amirkhanian, Fernandez & Opgenorth, 2004). Ainda se verifica uma grande escassez de investigação acerca dos factores psicológicos e sociais que vulnerabilizam a mulher africana para o SIDA, assim como, acerca da eficácia de intervenções preventivas de natureza psicossocial e comportamental. A literatura de referência tem vindo a documentar que há uma série de factores psicossociais que influenciam a *vulnerabilidade vs protecção* da mulher face ao SIDA, nomeadamente, as crenças, as atitudes, a auto-eficácia, variáveis relacionadas com o parceiro sexual e com a gravidez, variáveis sócio-demográficas, culturais, o álcool e drogas, a saúde mental, o preservativo feminino (O'Leary & Wingood, 2000), a história de abuso sexual na infância e na idade adulta (Hobfoll, Bansal, Schurg, Young, Pierce, Hobfoll, & Johnson, 2002), o comportamento sexual passado, as práticas sexuais actuais, o conhecimento sexual, a perturbação de stress pós-traumático, a depressão, a auto-eficácia, a eficácia comunitária, a auto-estima, o apoio social, a conservação de recursos (Hobfoll, 2000), entre outros factores. A investigação na área também tem demonstrado a existência de diferenças entre os géneros no que toca ao SIDA, nomeadamente, ao nível dos factores de risco e das acções preventivas (Wingood & DiClemente, 2002). Assim, os resultados de várias investigações sugerem que é necessário identificar claramente os preditores comportamentais para o risco sexual, em cada população específica, de forma a planear intervenções realistas. Este tipo de estudos é especialmente escasso no continente africano.

Para além da identificação dos preditores comportamentais para o risco sexual na mulher, em matéria de prevenção do SIDA, é necessário atender às teorias/modelos de mudança comportamental empiricamente validados. Neste âmbito, existe na literatura uma série de modelos de mudança comportamental que tentam apoiar a compreensão dos comportamentos sexuais de risco e apontar as variáveis chave em relação aos comportamentos protectores. Alguns desses modelos são gerais, tais como, a Teoria Sócio-Cognitiva (Bandura, 1989; 1992; 1994), o Modelo de Crenças na Saúde (Rosenstock et al., 1994), a Teoria da Acção Racional (Ajzen e Fishbein, 1980), a Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1985), e o Modelo Transteórico (Prochaska & DiClemente, 1982). Outros são específicos da mudança comportamental para a redução do risco face ao VIH/SIDA como, por exemplo, Modelo de Informação-Motivação-Competências Comportamentais (Fisher & Fisher, 1992), e o Modelo de Redução do Risco da SIDA (Catania, Kegeles, & Coates, 1990). Embora sejam aqueles modelos mais aplicados e validados no âmbito da redução do risco para o SIDA, nenhum deles considera a vulnerabilidade feminina para o risco. Wingood e DiClemente (2002) consideram a Teoria do Poder de Género na explicação da susceptibilidade da mulher face ao VIH, integrando uma perspectiva mais social. No entanto, os estudos empíricos acerca deste modelo não abundam na literatura. Dado que a infecção e a transmissão do VIH são impulsionadas por factores comportamentais, os modelos de mudança comportamental em saúde são essenciais no fornecimento das bases para o planeamento e desenho das intervenções comportamentais. As intervenções que visam a mudança comportamental face ao SIDA, são, em grande parte, baseadas nos modelos de mudança do comportamento em saúde, pois estes contêm elementos essenciais para a identificação das variáveis de risco e dos componentes que apoiam a mudança face ao risco.

A intervenção comportamental é o meio mais eficaz de prevenção do VIH/SIDA (O'Campo, Fogarty, Gielen, Armstrong et al., 1999). No entanto, os programas de intervenção dirigidos à população feminina estiveram sempre atrasados relativamente aos focados na população masculina (UNAIDS, 2001). Neste momento, as questões de género são consideradas essenciais na luta contra a infecção pelo SIDA, assim como, o contexto sociocultural e psicossocial onde os comportamentos ocorrem, e as normas culturais para o género (Paiva, 2002). Neste âmbito, cada vez mais se desenvolvem programas de intervenção psicossociais que visam a promoção da saúde sexual feminina (Guerra & Lima, 2005; Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton, & Sheperd, 1994; McIntyre &

Costa, 2004; Vieira et al., 2003; Costa, 2007) e que se debruçam sobre uma série de factores relevantes para a mudança comportamental em relação à redução do risco face ao VIH/SIDA: atitudes em relação ao preservativo, aumento da sensibilidade face ao risco, treino de competências psicossociais (e.g. comunicação, negociação, assertividade), orientação para estratégias alternativas em termos sexuais, disponibilização de informação sobre o acesso a preservativos, entre outros factores (Guerra & Lima, 2005; Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton, & Sheperd, 1994; McIntyre e Costa, 2004; Vieira et al., 2003; Costa, 2007). As intervenções desenvolvidas na área apresentam diferentes naturezas, podendo ser meramente educativas ou com treino de competências comportamentais, dirigidas individualmente, em pequeno grupo ou ainda num âmbito comunitário. A revisão da literatura tem sugerido cada vez mais que os programas que visam exclusivamente a passagem de informação acerca do VIH, com ausência de aquisição de competências pessoais e relacionais, tendem a apresentar uma eficácia limitada quando comparados com aqueles que se debruçam na aquisição e treino de competências psicossociais para a redução do risco (Exner, Seal & Ehrhardt, 1997). A intervenção comportamental bem planeada e orientada, aliada à disponibilização de recursos e políticas sustentáveis têm-se evidenciado eficazes na luta contra a infecção pelo VIH/SIDA (Kalichman, 2008), nomeadamente, junto da população feminina. No entanto, as investigações e intervenções em África escasseiam e as que são desenvolvidas, nem sempre são divulgadas de forma sistemática (Benotsch et al., 2004). Em termos globais, este facto continua a ser uma grande lacuna na área da promoção da saúde sexual feminina e na luta contra o SIDA, dado tratar-se da população mundial mais atingida por esta pandemia (UNAIDS, 2008).

O presente trabalho de investigação (*Prevenção da SIDA e Promoção da Saúde em Mulheres Moçambicanas: Estudo de Preditores de Comportamentos de Risco para o VIH/SIDA e Teste da Eficácia de Uma Intervenção Psicossocial*) visa minimizar a ausência de investigação na mulher africana ao nível da identificação das variáveis de risco para o VIH, assim como, da avaliação da eficácia de intervenções comportamentais preventivas na mulher moçambicana. Assim, objectivou-se verificar quais as variáveis psicossociais (e.g. depressão, auto-estima, perturbação de stress pós-traumático, auto-eficácia geral, auto-eficácia para o uso do preservativo, características sócio-demográficas, percepção de susceptibilidade, suporte social, história de abuso, etc.) que se encontram associadas aos comportamentos sexuais de risco para o VIH/SIDA na mulher moçambicana. Adicionalmente, pretendeu-se avaliar a eficácia de

uma intervenção psicossocial, o Programa “Capacidade Acelerada para a Exposição ao Conflito e Treino de Negociação” (ACCENT), focada na negociação/resolução de conflito com o parceiro, em comparação com uma Intervenção Didáctica e um Grupo de Controlo. A intervenção ACCENT é um programa desenvolvido por Hobfoll (1994; 2000), de múltiplas sessões, em grupo, e que visa (1) promover o desenvolvimento de um plano de saúde sexual e a efectividade do mesmo ao longo do tempo; (2) sensibilizar as mulheres a pensarem nas consequências biopsicossociais do sexo desprotegido e nos ganhos do sexo seguro; e (3) promover competências de negociação face a situações de pressão, ao mesmo tempo que transmite conhecimentos sobre o VIH/SIDA e o sexo seguro (Hobfoll et al., 1994; 2000). O ACCENT tem evidenciado a sua eficácia na prevenção do VIH em mulheres provenientes de diversos contextos, nomeadamente, norte-americano (com população euro-americana e afro-americana) (Hobfoll et al., 1994), e português (McIntyre & Costa, 2004), ao nível do aumento dos conhecimentos face à doença, da diminuição da percepção de barreiras, das competências de negociação, da percepção de suporte social, e do aumento do uso do preservativo (Hobfoll et al., 1994; McIntyre & Costa, 2004). O presente trabalho testou a eficácia desta intervenção em mulheres moçambicanas em risco para a infecção pelo VIH/SIDA. Neste âmbito, é também objectivo da presente investigação verificar se o ACCENT é especialmente eficaz em mulheres moçambicanas em risco sexual com história de abuso (físico, psicológico e/ou sexual) na idade adulta ou na infância. Dado tratar-se de um programa que realça a negociação/resolução de conflito com o parceiro, pretendeu-se verificar se este é eficaz na promoção da diminuição de comportamentos de risco em mulheres com competências psicossociais diminuídas devido ao receio do conflito (resultante de história de abuso). De acordo com Costa (2007), embora este programa possa ser aplicável na generalidade, acredita-se que ele é particularmente relevante para mulheres com histórias de abuso, que muitas vezes têm medo do conflito de género, tal como crenças de eficácia diminuídas e competências pobres de resolução/negociação de conflito, que seriam relevantes para tais situações.

O panorama moçambicano em termos de VIH/SIDA na população feminina mostra que existe uma grande necessidade da intervenção psicossocial adaptada às questões de género, devidamente baseadas em teorias de mudança comportamental testadas empiricamente, assim como, em intervenções com eficácia comprovada. Paralelamente, justifica-se a identificação das variáveis psicossociais e comportamentais para o risco na mulher moçambicana em particular. Estas premissas foram a base do

presente trabalho de investigação. Ao desenvolver-se e avaliar-se a eficácia de uma intervenção psicossocial de sucesso na prevenção do VIH/SIDA na mulher, ao mesmo tempo que se identificam os preditores psicossociais de risco, pretende-se contribuir para a promoção da saúde sexual da mulher moçambicana e para a implementação de futuras intervenções bem sucedidas na prevenção do VIH/SIDA neste contexto.

Estruturalmente, este trabalho divide-se em duas partes: revisão da literatura científica e investigação empírica. A parte teórica, da revisão da literatura, divide-se em três capítulos que se debruçam na revisão dos factores psicossociais associados ao risco e à prevenção do VIH/SIDA na mulher, dos modelos de mudança comportamental relativamente à redução do risco, e dos programas de intervenção dirigidos à prevenção do VIH/SIDA na população feminina. No decorrer desta revisão da literatura reserva-se uma especial atenção ao que a literatura científica na área apresenta em relação à mulher africana. A segunda parte do trabalho é relativa à investigação empírica, que inclui a metodologia da investigação realizada, a apresentação e discussão dos resultados encontrados, e a conclusão em relação ao trabalho elaborado.



**PARTE I**

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

---





**CAPÍTULO I – PREVENÇÃO DO VIH/SIDA E PROMOÇÃO DA  
SAÚDE SEXUAL NA MULHER EM GERAL, E NA MULHER  
AFRICANA EM PARTICULAR**

---

Neste capítulo apresentamos uma revisão da literatura acerca de temáticas pertinentes no âmbito da prevenção do VIH/SIDA e promoção da saúde sexual na mulher em geral, e na mulher africana em particular. Serão alvo de atenção questões como a epidemiologia e impacto do VIH/SIDA, a importância do foco na mulher em termos de prevenção do VIH/SIDA, o sexo como risco de saúde para a mulher, a pertinência da intervenção psicossocial ao nível da prevenção do VIH/SIDA em mulheres africanas/moçambicanas, e as variáveis psicossociais associadas à prevenção e risco do VIH/SIDA nas mulheres.

## **1.1. Epidemiologia e Impacto do VIH/SIDA**

Actualmente, aproximadamente 33 milhões de pessoas vivem com o VIH/SIDA em todo o mundo. Destas, 27 900 000 são pessoas em idade activa (com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos). Em 2007, o número de mortes estimadas devido à infecção foi de 2 milhões pessoas (UNAIDS, 2008).

A infecção na mulher tem vindo a agravar-se progressivamente. De acordo com o Relatório da UNAIDS (2008), dos 30 800 000 casos de infecção em adultos (com idade superior a 15 anos), 14 1000 000 correspondem a mulheres. Ou seja, estas representam quase 50% dos casos de infecção em adultos. No entanto, em idade activa, elas ultrapassam a metade dos casos: num total de 27 900 000 pessoas infectadas dentro da faixa etária compreendida entre os 15 e os 49 anos, 15 5000 000 dos casos correspondem à população feminina. Em crianças (com menos de 15 anos), o número estimado de prevalência de VIH/SIDA é de 2 milhões, e o número de órfão (dos 0 aos 17 anos) devido ao SIDA é de 8 milhões UNAIDS (2008). Ou seja, o cenário mundial em termos de VIH/SIDA continua a ser muito dramático.

A distribuição dos casos de VIH/SIDA não é homogénea em todo o globo. Por exemplo, na Europa Central e Ocidental, o número de casos situa-se nos 760 000. Em contraste, só em partes de África, como a África Subsaariana, registam-se 22.5 milhões de casos. Ou seja, mais de metade dos casos de VIH/SIDA encontram-se nesta zona do planeta, que já é a mais desfavorecida e vulnerável de todo o mundo a vários níveis. A verdade é que a epidemia do VIH/SIDA em África alimenta e piora inaceitáveis situações de pobreza, desigualdade de género, insegurança social, acesso limitado aos cuidados de saúde e de educação, guerras, dívidas e instabilidade económica e social, etc. (Loewenson, 2001; cit. por Loewenson, 2007a).

Apesar do número anual de novas infecções ter vindo a diminuir a partir de 2000 (e.g. de 3 milhões em 2001, para 2.7 milhões em 2007), a verdade é que o cenário mundial continua a ser dramático. Além disso, há zonas mundiais, como a África Subsaariana, em que o número de infecções tem vindo a aumentar, sobretudo entre a população feminina (UNAIDS, 2008). De acordo com Ferreira e Tidon (2005), a intensidade da selecção causada pelo VIH na África é comparada à ocorrida há 700 anos na Europa, com a peste negra. A pandemia do SIDA está a devastar a África (Marshall & Taylor, 2006).

No continente africano há uma grande discrepância entre algumas zonas, sendo que umas possuem taxas de infecção relativamente baixas (inferiores a 2%) como é o caso da região da África Ocidental e Central, e outras onde as taxas de infecção são muito elevadas, como na África Meridional. Países como o Botsuana, Lesoto, Namíbia, África do Sul, Zâmbia e Zimbabuê têm taxas de prevalência de infecção em adultos superiores a 15%. Em países como o Malawi, Tanzânia, Camarões, Uganda e Moçambique esta mantém-se também muito elevada, numa ordem superior a 5% (UNAIDS, 2008). Esta zona do globo, que corresponde à África Subsaariana, é indiscutivelmente a mais afectada pelo VIH/SIDA a todos os níveis. De acordo com a UNAIDS (2008), estima-se que só no ano de 2007, 1.9 milhões de pessoas se infectaram com o VIH na África Subsaariana, o que elevou para 22 milhões os casos de pessoas infectadas só nesta zona do planeta. Dois terços (67%) dos casos de infecção e três quartos do número de mortes (75%) devido ao VIH/SIDA ocorrem na África Subsaariana. Em 2007, o número de mortes em jovens e crianças (com menos de 15 anos) devido ao VIH/SIDA foi de 270 000 e mais de 90% destas crianças encontravam-se na África Subsaariana. Em alguns dos países mais afectados (e.g. Botsuana e Zimbabuê), o VIH é a razão de mais de um terço das mortes em crianças com menos de 15 anos (UNAIDS, 2008).

Na África Subsaariana, do total de adultos infectados, cerca de 60% são mulheres (Floriano, 2006; UNAIDS, 2008). Aliás, esta é a única região do mundo onde as taxas de prevalência de VIH/SIDA são mais elevadas nas mulheres do que nos homens (Mabala, 2006). As mulheres são as mais afectadas pelo VIH e o coito heterossexual continua a ser a força impulsionadora da doença nesta região (UNAIDS, 2008). Paradoxalmente, 60% a 80% das mulheres infectadas possuem um único parceiro sexual (Kippas, 1994; cit. por Ondutolu, 2005), o que remete para a ideia de que esta situação se deve, em grande parte, à existência de outras (os) parceiras (os) sexuais por parte dos parceiros destas mulheres monogâmicas. A seropositividade na mulher contribui ainda para o agravamento da situação geral ao comportar a possibilidade da transmissão vertical para os filhos (UNAIDS, 2008).

O VIH/SIDA é uma das principais fontes de insegurança em África. Neste continente os efeitos da epidemia fazem-se sentir de forma imediata nos indivíduos e nas famílias. No entanto, as consequências são muito mais amplas e fazem-se sentir ao nível da economia e da estabilidade social (Banco Mundial, 2000). No contexto africano, o VIH/SIDA tem-se evidenciado através de várias facetas pessoais e

colectivas, tais como, a doença em si mesma, o sofrimento físico e psicológico, a perda de recursos financeiros, a morte, o luto e a dor da perda, o aumento da pobreza, a acentuação da vulnerabilidade feminina, o aumento do número de órfãos, a deslocação social de quem sobrevive, e o desaparecimento e desagregação das famílias (UNESCO & SAFAIDS, 2001).

De acordo com um Relatório Internacional da UNESCO e SAFAIDS (2001), o flagelo do VIH/SIDA veio fragilizar o que já estava mal em África. Os sectores da saúde e da educação, entre outros, sofreram um grande impacto negativo. Em termos de saúde, os países ficaram ainda mais pobres e com uns serviços cada vez mais aquém das necessidades; as camas hospitalares estão cada vez mais a ser ocupadas com doentes seropositivos; os próprios técnicos de saúde têm experienciado elevados índices de mortalidade e morbilidade, o que agrava ainda mais a situação, havendo cada vez menos profissionais de saúde a prestar cuidados e tratamentos aos doentes infectados; e os programas de saúde que visam a prevenção e tratamento são muito caros para a maioria dos países africanos. No que se refere ao sector da educação, o SIDA, em África, reduziu o número de crianças nas escolas; aumentou as taxas de abandono; reduziu a provisão de recursos educativos; trouxe um cenário de mortalidade e morbilidade entre professores; piorou a qualidade da educação, onde se vê professores e alunos num clima de “baixa moral”; elevado absentismo por parte da classe docente, etc.

O impacto do VIH/SIDA em África alarga-se a uma variedade de esferas da vida individual e comunitária. Neste seguimento, Bolton e Wilk (2004) desenvolveram uma investigação com sujeitos de 10 comunidades ugandesas ( $n=50$ ), na tentativa de compreender a percepção dos problemas derivados do VIH na perspectiva de alguns membros destas populações. Posteriormente, procederam a uma revisão do número de intervenções que abrangeram esses problemas como foco, no contexto ugandês. A lista de problemas encontrados e o número de intervenções existentes para cada um deles encontram-se no quadro que se segue.

Quadro 1

*Problemas Percebidos Derivados do VIH/SIDA em 10 Comunidades do Uganda*

(Traduzido e Adaptado de Bolton & Wilk, 2004, p.125)

<b>Problema Identificado</b>	<b>Ranking</b>	<b>Número de Intervenções que Incluem o Problema Identificado</b>
Pobreza/Redução de recursos	1	24
Aumento de órfãos	2	24
Falta de crianças	3	24
Falta de alimentos	4	22
Dificuldades na educação dos órfãos	5	21
Falta de disponibilidade de medicação antiretroviral	6	21
Atraso no desenvolvimento comunitário	7	14
Degradação das condições habitacionais	8	14
Cuidados insuficientes para os órfãos	9	13
Alcoolismo e abuso de drogas	10	12
Perda de esperança (depressão, desânimo)	11	10
Preocupação, medo e auto-compaixão	12	10
Mortes em empregadores, que resultam em desemprego	13	9
Redução da produtividade, resultante de fraqueza física	14	8
Prostituição, violações sexuais e corrupção	15	8
Rupturas familiares	16	8
Subnutrição	17	7
Estigmatização e isolamento social	18	7
Auto-punição (ódio pessoal) e revolta	19	7
Medo do casamento e da possível contaminação do cônjuge	20	6
Sobrecarga de pessoas dependentes	21	6
Empobrecimento das estradas e abandono das terras por falta de manutenção (diminuição da mão-de-obra)	22	6
Aflição/angústia face à morte	23	5
Aumento do número de pessoas viúvas	24	4
“Loucura” (comportamento desajustado)	25	4
Discussões e violência familiar	26	4
Suicídio	27	3
Aumento do número de idosos e dependentes sem assistência	28	3

De acordo com os autores deste estudo (Bolton & Wilk, 2004), resumidamente, estes problemas percebidos em termos de impacto do VIH/SIDA nas comunidades, agrupam-se em três grandes categorias: (1) diminuição do número de adultos activos e capazes de realizar uma série de tarefas expectadas, o que se repercute numa série de situações que agravam as condições de pobreza; (2) diminuição dos cuidados às crianças, resultante do elevado número de órfãos; e (3) desordens mentais e

sociais de várias ordens (depressão, culpabilização, violência, prostituição, etc.). Embora este estudo tenha sido desenvolvido com uma amostra limitada ao contexto ugandês, ela reflecte a realidade, derivada do impacto do SIDA, em muitas outras realidades africanas (INE, MISAU, MPD, CEA, CNCS, & UEM, 2008; MISAU, 2007; UNAIDS, 2008).

Perante tudo o que foi referido, não há dúvidas de que a África, sobretudo a região da África Subsaariana, suporta a parte mais pesada do flagelo do VIH/SIDA. Esta situação faz-se sentir e tem um impacto especialmente forte sobre a população feminina. Seeley, Grellier e Barnett (2004) referem, num artigo de revisão acerca do VIH na África Subsaariana, que intervir na prevenção do VIH em África é de todo urgente, tal como o é amortecer o impacto negativo que a doença tem causado nesta população específica. Na opinião destes autores, outra medida urgente e que se relaciona directamente com a doença, passa por combater as desigualdades de género que muito se verificam e agravam quer a disseminação, quer o impacto negativo deste flagelo.

Um dos países integrados nesta região do mundo tão afectada pelo VIH/SIDA é Moçambique. De acordo com o Relatório da UNAIDS (2008), no ano de 2007, Moçambique contava com 1.5 milhão de pessoas infectadas pelo VIH/SIDA. Neste país a situação tem vindo a agravar-se ao longo do tempo. Por exemplo, em 2001, o número de pessoas infectadas era de 1.4 milhões. De acordo com o Relatório de Impacto Demográfico do VIH/SIDA em Moçambique (Ronda de Vigilância Epidemiológica 2007), elaborado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), Ministério da Saúde (MISAU), Ministério de Planificação e Desenvolvimento (MPD), Centro de Estudos Africanos da Universidade Eduardo Mondlane (CEA), Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (CNCS), e Faculdade de Medicina-UEM (2008), a taxa de prevalência de VIH em termos nacionais é de 16%, em adultos (15-49 anos) é de 14%, e em mulheres grávidas é de 16%. Estima-se que, em 2007, o número de mortes devido à infecção foi de 81 000 (UNAIDS, 2008), e o número de novas infecções diárias, em 2008, encontrava-se nas 440 (INE, MISAU, MPD, CEA, CNCS, & UEM, 2008). Em Moçambique, a população feminina é a mais afectada pelo VIH/SIDA (UNAIDS, 2008), sobretudo na faixa etária compreendida entre os 25 e os 34 anos (INE, MISAU, MPD, CEA, CNCS, & UEM, 2008). A título de exemplo, pode-se referir que entre adultos com mais de 15 anos, 598. 100 dos casos correspondem a homens, e 861 3000 casos correspondem a mulheres (INE, MISAU, MPD, CEA, CNCS, & UEM, 2008). Em

crianças (com menos de 14 anos), o número estimado de prevalência de VIH/SIDA é de 141 800, e o número de órfão (dos 0 aos 17 anos) devido ao SIDA é de 400 000 (UNAIDS, 2008).

Em Moçambique, o primeiro caso diagnosticado verificou-se em 1986 num cidadão estrangeiro. Durante 1987 observou-se o primeiro caso de infecção numa pessoa moçambicana (United Nations Development Programme – UNDP, 2007). Desde então, o número de casos aumentou drasticamente ao longo dos anos. O nível de incidência não é homogéneo em todas as províncias do país. A taxa nacional de infecção é de 16%. No entanto, há províncias onde a taxa de infecção é mais baixa do que a média nacional (e.g. Niassa com 8%, Cabo Delgado com 10%, Nampula com 10%) e outras onde a taxa de infecção é superior à média nacional (e.g. Maputo Província com 26%, Maputo Cidade com 23%, Sofala com 23%, Gaza com 27%, etc.) (MISAU, 2008). Os locais com índices de prevalência de VIH/SIDA acima da média nacional (e.g. Maputo, Beira, Gaza, Zambézia, etc.) são locais fronteiriços, de grande circulação de população, quer nacional, quer estrangeira (Passador & Thomaz, 2006). Algumas destas fronteiras são feitas com países tão ou mais afectados pelo VIH/SIDA do que Moçambique, tais como, a África do Sul, o Zimbabué, a Zâmbia ou o Botsuana (UNAIDS, 2008)

Moçambique tem uma população de 18 milhões de habitantes, dos quais 52% corresponde a mulheres. As taxas anuais de crescimento da população aumentaram de 1.6% nos anos 50 para 2.5% em 1980, tendo regredido novamente para uma média de 1.7% a partir dos anos 80 devido às secas, fome e guerra. Setenta por cento da população moçambicana vive abaixo do limiar da pobreza absoluta. Estima-se que nos anos que se seguem a 2010, o número populacional de Moçambique atinja os 20 milhões de habitantes, mesmo com o impacto brutal do VIH/SIDA (Satamaría, 2005). Nos últimos anos, o SIDA, em Moçambique, ganhou o estatuto de ser um dos problemas de saúde pública mais visíveis e emergentes. A compreensão e o combate a esta doença não se limita ao espaço onde actuam as entidades médicas, pois é mais do que um problema de saúde, é um flagelo com repercussões a nível demográfico, económico, social, político e até de segurança nacional (Macia & Langa, 2004). O VIH/SIDA tem consumido imensos recursos de saúde em Moçambique. A título de exemplo, pode-se referir o facto de metade das camas dos hospitais de Manica, uma das províncias moçambicanas, estarem ocupadas por doentes com SIDA (Macuamule & Foreman, 2002).



De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano de 2003 (cit. por Santamaría, 2005) elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD (*United Nations Development Programme*), apesar da visível melhoria que se tem verificado no país nos últimos anos em matéria de crescimento económico, a verdade é que Moçambique continua a oscilar em posições que o colocam entre os 10 países mais pobres do mundo, devendo-se isto especialmente aos factores que se seguem: baixo crescimento económico dos anos 90; baixo nível de escolaridade, especialmente entre mulheres; elevadas taxas de dependência dos agregados familiares; baixa produtividade agrícola; falta de oportunidade de emprego, e falta de infra-estruturas, sobretudo nas áreas rurais. Os dados publicados no último Relatório de Desenvolvimento Humano, do PNUD (2008) são igualmente desanimadores, com Moçambique a ocupar o 172º lugar, num universo de 177 países. Outro dado de relevo, que contribui para este cenário dramático em termos de desenvolvimento humano, é o número de órfãos com menos de 17 anos, existentes devido ao VIH/ SIDA. Em 2007, registaram-se 400 000 sé em consequência da doença (UNAIDS, 2008). De acordo com Floriano (2006), o impacto da doença nestas crianças/jovens órfãos manifesta-se negativamente a vários níveis: no acesso à educação, onde têm que deixar a escola para cuidar dos irmãos mais novos; na nutrição e saúde, onde o orçamento familiar se encontra reduzido e a ausência dos pais não permite aceder adequadamente a cuidados de saúde; e em termos psicológicos, na medida em que são crianças que passam por processos traumáticos de verem a degradação física e consequente perda dos pais, e ainda a perda bens materiais e monetários, para além, de serem altamente estigmatizados e marginalizados. Muitas destas crianças vivem ainda com a própria doença, deixada pelas mães através da infecção vertical, e com perspectivas de futuro muito frágeis.

O VIH/SIDA tem desestruturado muitas famílias moçambicanas, o que acarreta profundas implicações em termos na distribuição dos recursos, rendimentos, consumo, poupança, assim como, o bem-estar dos sobreviventes. As famílias empobrecem com a morte dos membros adultos, o que obriga as crianças a trabalharem desde muito cedo. Em termos comunitários, verifica-se a perda de emprego e de trabalhadores qualificados, com consequente impacto na qualidade dos serviços prestados, aumento da pobreza e aumento das necessidades (Floriano, 2006; Macia & Langa, 2004).

O VIH/SIDA tem afectado a longevidade dos indivíduos neste país. De acordo com o mais recente Relatório de Desenvolvimento Humano, do Programa das Nações

Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (2008), a EMV dos moçambicanos à nascença é de 42 anos. De acordo com a literatura científica, o VIH/SIDA tem sido um grande contribuidor para estes índices demográficos tão dramáticos. Grande parte dos jovens mais vulneráveis encontram-se em áreas de difícil acesso, onde a subsistência alimentar está baseada na actividade agrícola e onde os casamentos acontecem cedo e os jovens têm acesso limitado aos serviços de saúde, sociais e de educação (Ministério da Juventude e dos Desportos Moçambicano, 2000).

De acordo com Macuamule e Foreman (2002), em Moçambique, o VIH/SIDA tem poder para criar situações de grave impacto económico. Ao contrário de outras doenças, o VIH/SIDA afecta pessoas muito jovens (entre as quais crianças) e jovens. Os dois maiores efeitos económicos da doença são a redução da força de trabalho e o aumento dos custos de subsistência. O impacto a nível doméstico começa quando um dos membros apresenta sintomas da doença. A doença conduz a um aumento das despesas domésticas com a compra de medicamentos. Outros problemas derivados do VIH/SIDA com impacto ao nível da economia das famílias relaciona-se com o absentismo e a morte, o que se traduz na perda de rendimentos, e a retirada das crianças da escola para poupar nas despesas de educação e aumentar a força de trabalho. Esta pobreza agravada, num país onde 60% da população vive em situação de pobreza absoluta, tem um impacto muito forte a todos os níveis. Embora homens e mulheres sejam vítimas desta situação, os autores (Macuamule & Foreman, 2002) referem que as mulheres tendem a estar em maior desvantagem quanto ao impacto da pobreza derivada de uma situação de VIH/SIDA na família. Além disso, é a própria pobreza das mulheres que tem contribuído para o agravamento da situação moçambicana em termos de infecção pelo SIDA, na medida em que a situação de vulnerabilidade económica incentiva a troca de sexo por bens materiais ou dinheiro, o que conduz a uma maior disseminação do vírus.

Tal como já se referiu, em Moçambique, as mulheres encontram-se mais representadas do que os homens em termos de infecção pelo VIH (UNAIDS, 2006; 2008; Santamaría, 2005). A disparidade de género é mais gritante na faixa etária dos 20 aos 24 anos, onde as mulheres chegam a atingir os 75% e ultrapassam em 4 vezes o número de homens infectados da mesma idade. Isto acontece porque, para além de serem mais vulneráveis biologicamente, as mulheres moçambicanas vivem numa situação de desigualdade de género e normas sociais que exigem que ela seja mais passiva e ignorante acerca do sexo, assim como, submissa à vontade dos homens em

matéria de relações humanas e sexuais (Santamaría, 2005). Em Moçambique, as normas culturais de masculinidade encorajam o risco de práticas sexuais desprotegidas; por outro lado, as mesmas normas culturais de passividade e virgindade feminina contribuem para que as raparigas se sintam inibidas de procurar serviços de saúde sexual e reprodutiva, assim como, de solicitar o preservativo. Assim sendo, é de toda a pertinência tentar perceber o que vulnerabiliza a mulher africana e moçambicana, em particular, em relação ao SIDA, de forma a planear e desenvolver estratégias interventivas focalizadas e adaptadas àqueles que serão os factores impulsionadores de risco para esta população feminina em particular.

## **1.2. A Importância do Foco na Mulher em Termos de Prevenção do VIH/SIDA**

Apesar dos casos de infecção na mulher se terem registado desde o início do surgimento da doença, tem-se vindo a verificar um rápido aumento dos casos de infecção neste grupo específico (Chaves, Ramalho, Carrilho & Araújo, 2005). Actualmente, a transmissão do VIH tem-se evidenciado um problema em crescimento entre as mulheres (Montgomery, Mokotoff, Gentry, & Blair, 2003).

Estima-se que, em 2007, 33 milhões de pessoas viviam com o VIH/SIDA em todo o mundo. Numa perspectiva global, as mulheres representam 50% das pessoas infectadas. No entanto, em zonas como a África Subsaariana, elas representam mais de 60% das infecções. Nos últimos 10 anos a proporção de mulheres entre as pessoas que vivem com o VIH tem estabilizado, mas em locais como África, os números de infecção têm crescido para a população feminina (UNAIDS, 2008). Num país como Moçambique, há um milhão e meio de pessoas a viver com o SIDA, sendo que 960 000 dos casos correspondem a adultos com mais de 15 anos, dos quais 570 000 são mulheres (UNAIDS, 2008).

A vulnerabilidade da mulher para o VIH/SIDA é hoje incontestável (UNAIDS, 2006; UNAIDS, 2008). A começar por características fisiológicas, as diferenças anatómicas genitais contribuem directamente para que a mulher corra um risco mais elevado de contrair a infecção pelo VIH e outras doenças/infecções sexualmente transmissíveis (IST), do que os homens (UNAIDS, 2006). Outra diferença biológica importante entre o homem e a mulher, que leva a consequências sociais e culturais adicionais relativas ao SIDA, é que as mulheres com VIH podem transmitir o vírus aos

seus bebés (UNAIDS, 1998). Para além destas características, existem outras tão ou mais importantes que contribuem fortemente para este estado de vulnerabilidade feminina face à doença: questões culturais e sociais (UNAIDS, 1998). O papel social ou de género também aumenta a sua vulnerabilidade: as relações de poder desiguais, especialmente em países em desenvolvimento, limitam o acesso a informações actualizadas e adequadas acerca da doença (Silveira, Silveira, Béria, Horta, & Tomasi, 2002). Quando isto ocorre é muito difícil atingir a mudança comportamental e a manutenção dessas mudanças nas interacções quotidianas. Por estes motivos e pelo facto das mulheres estarem cada vez mais representadas nos casos de infecção pelo SIDA, é muito importante que sejam desenvolvidos programas de prevenção junto das mulheres (Silveira et al. 2002), especialmente, aquelas mais desfavorecidas a todos os níveis, como é o caso da mulher africana (UNAIDS, 2006; UNAIDS, 2008). De acordo com Peterson e DiClemente (2000), há duas razões centrais para a explicação do risco heterossexual na mulher. A primeira prende-se com o facto de, até à recente disponibilidade do preservativo feminino, os homens serem aqueles que possuíam o controlo total da utilização do preservativo, pois eram eles que o usavam. A segunda razão relaciona-se com o facto de, na maioria das culturas mundiais, as mulheres possuírem menos poder do que os homens nas relações. Estas duas variáveis têm dificultado a negociação do preservativo na população feminina heterossexual, o que se repercute em termos de prevenção. Estas dificuldades são ainda mais acentuadas em mulheres que estão em maior risco de infecção: mulheres com baixo rendimento, utilizadoras de drogas endovenosas, e que têm parceiros abusivos.

Em 2006, Atephen Lewis, o enviado das Nações Unidas para o VIH/SIDA em África, descrevia o VIH/SIDA como um legado de desigualdade e marginalização, especialmente devastador para mulheres e meninas do continente africano, onde se estão a perder milhões de vidas, sobretudo femininas e em tenra idade (Departamento de Informação Pública da ONU, 2006; cit. por Loewenson, 2007a). Na África Subsaariana, o VIH/SIDA afecta mais mulheres do que homens e estas são sobretudo jovens (com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos) (Mabala, 2006; UNAIDS, 2008). Nesta parte do globo, em 2004, 78% das pessoas que viviam com a doença e 58% das mortes registadas correspondiam ao sexo feminino (UNAIDS, 2004). Actualmente, continuam a representar mais de 60% dos casos de infecção (UNAIDS, 2008).

A principal via de infecção pelo VIH/SIDA na mulher é a heterossexual (UNAIDS, 2008). Assim sendo, a redução do risco de infecção pelo VIH entre as

mulheres sexualmente activas requer a identificação dos factores associados ao comportamento sexual de risco: ter múltiplos parceiros sexuais ou envolver-se em comportamentos sexuais de risco para a aquisição do VIH (O’Leary & Wingood, 2000). Compreender as influências que moldam o comportamento sexual é um passo crucial para desenvolver e implementar programas eficazes de prevenção do VIH nas mulheres em todo o mundo. No entanto, apesar do cenário apresentado, ainda há poucos estudos relacionados com o VIH/SIDA e o género feminino. Este facto contrasta com a necessidade de investigar aspectos específicos desta população, uma vez que é legítimo considerar que existem diferenças marcantes entre os géneros (Chaves, Ramalho, Carrilho & Araújo, 2005). Assim, faz todo o sentido colocar a mulher num foco central em termos de abordagem do VIH/SIDA e dar ênfase ao estudo das variáveis que a susceptibilizam para a infecção.

### **1.3. O Sexo como Risco de Saúde para a Mulher**

As experiências heterossexuais na mulher podem constituir um risco para a sua saúde, na medida em que comportam a possibilidade de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, entre as quais o VIH/SIDA (Zierler & Krieger, 1997). Do ponto de vista biológico, as mulheres são especialmente vulneráveis às ISTs, incluindo a infecção pelo VIH/SIDA. A superfície da mucosa vaginal exposta ao sémen é relativamente extensa (tendo o sémen maior concentração de VIH do que o líquido vaginal). Estes riscos acentuam-se mais nas mulheres mais novas (pré-púberes ou adolescentes jovens), nas quais a imaturidade do aparelho genital determina fragilidade adicional face à infecção pelo VIH (Bastos & Szwarcwald, 2000; Silveira et al., 2002). Pelas complexidades de saúde que pode comportar, o comportamento sexual passou a ser visto como um problema também de interacção (Ogden, 2004).

O sexo, enquanto actividade de risco para a saúde da mulher, assume uma gravidade acrescida no continente africano. As relações heterossexuais são a mais importante via de propagação do vírus do VIH/SIDA em toda a África, onde Moçambique se inclui (Macia & Langa, 2004). Além disso, para as mulheres, o risco e a vulnerabilidade à infecção são aumentados por normas que impedem o acesso aos conhecimentos sobre a sexualidade ou que impedem que sugiram o uso do preservativo aos seus parceiros, principalmente em contextos desfavorecidos (UNAIDS, 1998).

Assim, a actividade sexual passou a ser conceptualizada no âmbito das ciências comportamentais e da saúde. Neste âmbito, desenvolveu-se um conjunto de acções no campo da Psicologia da Saúde acerca do sexo como risco, englobando a prevenção da gravidez e das ISTs (e.g. VIH/SIDA). A urgência de intervenção preventiva face ao VIH/SIDA acabou por demonstrar as diferentes formas de como os indivíduos lidam com o sexo enquanto modalidade de interacção, tornando a investigação nesta área relevante (Ogden, 2004).

### **1.3.1. As Doenças Sexualmente Transmissíveis (ISTs)**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO) (2000), infecções/doenças sexualmente transmissíveis (ISTs) são doenças que se transmitem pelo contacto sexual. Estas representam uma grande preocupação em termos de saúde pública em todo o mundo. São contraídas a partir de uma pessoa já infectada, o que implica que uma IST seja uma doença sempre “partilhada” com, pelo menos, uma pessoa, e desenvolve-se facilmente em locais quentes e húmidos, como é o caso dos órgãos sexuais (Rubin, 1993). Isto significa que se os órgãos sexuais de um indivíduo entrarem em contacto com os órgãos sexuais de um outro indivíduo infectado, os microrganismos podem ser transmitidos, sendo a vagina, o pénis, o ânus e a boca, locais em que estes organismos se desenvolvem mais facilmente. Apesar do nome indicar a transmissão por via sexual, algumas ISTs transmitem-se de mãe para filho durante o parto, podendo provocar doenças graves e até a morte nas crianças (Rubin, 1993).

De acordo com o *Centre of Disease Control* (1988; cit. por D’Angelo & DiClemente, 1996) norte-americano, os síndromes mais comuns em termos de ISTs, incluem a uretrite (causada pela Gonorreia e Clamídia), a vaginite (causada pela Tricomonas, Clamídia e Gonorreia), a cervicite (causada pela Gonorreia e Tricomonas), as úlceras genitais (causadas pelo vírus do *herpes simplex* e *Treponema pallidum*), e exclusivamente nas mulheres, a doença inflamatória pélvica (Clamídia e Gonorreia). A displasia e o carcinoma cervical nas mulheres são, geralmente, o resultado da infecção sexualmente transmissível com o vírus do papiloma humano (HPV). Já em ambos os sexos, a transmissão do VIH pode conduzir à SIDA e a transmissão do vírus do papiloma humano pode resultar em verrugas genitais. Os agentes infecciosos, listados como causa das síndromes, são os mais prevalentes nos jovens. Adicionalmente, outra doença com grande probabilidade de ser sexualmente transmitida é a Hepatite, causada pelo vírus da hepatite B (CDC, 1988; cit. por D’Angelo & DiClemente, 1996).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO) (2000), o aumento da incidência das infeccções/doenças sexualmente transmissíveis (ISTs) representa um grave problema de Saúde Pública, que comporta um elevado peso sócio-económico, quer pela significativa morbilidade e mortalidade que provocam em indivíduos jovens, quer pelas consequências nefastas que podem ter ao nível da saúde materno-infantil. São doenças que afectam os países industrializados, tal como os países em vias de desenvolvimento. No entanto, estas encontram-se mais representadas nos países em vias de desenvolvimento, nomeadamente, do continente africano, e também é aí que o seu impacto é mais dramático (Gune, 2008; Rassjo, Mirembe & Darj, 2006).

No contexto africano, Rassjo, Mirembe e Darj (2006) desenvolveram uma investigação no Uganda com jovens adolescentes (idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos) sexualmente activos ( $n=306$ ), de ambos os sexos, onde detectaram uma elevada taxa de ISTs. Constatou-se que a prevalência de gonorreia, clamidíase, vaginismo e sífilis foi de 4.5%, 9%, 8% e 4%, respectivamente, nas mulheres. Nos homens, as percentagens foram de 4.7% para a gonorreia, 5.7% para a clamidíase e 2,8% para a sífilis. No que se refere ao VIH, este foi encontrado em 15.2% das mulheres e 5,8% dos homens. Tal como é possível constatar, estes dados traduzem uma realidade problemática em termos de saúde sexual, com elevadas taxas de prevalência de ISTs, entre as quais o VIH, em indivíduos muito jovens. Embora dramático para ambos os sexos, o cenário é especialmente mau para a população do sexo feminino. Os resultados desta investigação são consistentes com a opinião de D'Angelo e DiClemente (1996) quando referem que o risco de uma IST é um dos mais significativos para a saúde e bem-estar dos jovens. Estas podem comportar consequências que são concretizadas ao nível da saúde, com uma possível gravidez ectópica ou infertilidade. De acordo com estes autores, a preocupação central desta era é a de que uma IST (como a infecção pelo VIH) possa resultar numa doença fatal (SIDA), passando o impacto a ser medido em termos de mortes de adolescentes e jovens adultos por SIDA. Por esta razão, o impacto das ISTs tornou-se muito mais importante e a prevenção destas infeccções uma prioridade.

Em Moçambique, de acordo com Bonano (2007), a grande proporção de DTSS entre a população não se restringe ao VIH. Nos primeiros cinco meses de 2007, o país registou uma média mensal de 40000 ISTs, o que, de acordo com o autor, significa um aumento de 14% comparativamente ao mesmo período do ano anterior. Do total, 40% são referentes a casos de úlceras genitais, cancro mole e herpes. No entanto, apenas

30% das pessoas fizeram o tratamento por notificação do parceiro, o que revela que inúmeros parceiros infectados ficaram por tratar. A existência destas infecções sexuais reforça a discussão preponderante do uso ou não uso do preservativo entre a população moçambicana (Gune, 2008). Ainda em contexto moçambicano, uma investigação desenvolvida pelo Centro de Investigação em Saúde da Manhica (CISM) (2007) observou que, entre 263 mulheres, com idades compreendidas entre os 14 e os 61 anos, recrutadas em consultas pré-natal e de planeamento familiar, 12% possuía diagnóstico positivo para sífilis, 39.53% apresentava prevalência de HPV, 7.5 camídia, e 11.7% VIH/SIDA.

A literatura tem vindo a referir de forma reforçada que o preservativo continua a ser o meio mais eficaz de prevenção do VIH e outras ISTs (e.g. Guinan & Leviton, 1995; Harvey, Beckman, Gerend, Bird, Posner, Huszti & Galavotti, 2006). No entanto, este nem sempre é acessível ou aceite, principalmente onde mais seria necessário, como é o caso de vários contextos africanos. Por exemplo, Dgedge, Gebresalassie, Bique, Victorino, Gallo, Mitchell, King, Jamisse, Correa, Almeida e Chavane (2005) desenvolveram uma vasta investigação acerca da mortalidade materna nos serviços de saúde moçambicanos. Os resultados deste estudo permitiram verificar que as mulheres moçambicanas que são tratadas nos serviços de atenção pós-aborto têm uma alta incidência de ISTs. No entanto, poucas mulheres que participaram desta avaliação referiram ter recebido preservativos. Tendo em conta que Moçambique é um dos países africanos mais afectados pelo HIV/SIDA (Libombo & Ustá, 2001, cit. por Dgedge et al., 2005), os autores são da opinião de que o aconselhamento contraceptivo pós-aborto deveria incluir a promoção de preservativos, com um objectivo não apenas contraceptivo, mas também para evitar a transmissão do VIH e outras ISTs. Em Moçambique, a negação da utilização dos preservativos (e contraceptivos em geral) tem na sua origem fortes motivações culturais e desigualdades de género. De acordo com Osório e Silva (2009), o planeamento familiar e as acções que visam pô-lo em prática são muito difíceis de serem implementados em Moçambique, pelo facto das mulheres não terem poder de decisão e o número de filhos constituir um sinónimo de masculinidade. Em Moçambique (e em muitos outros contextos africanos), apesar da precariedade das condições sócio-económicas, a mulher é impulsionada e reconhecida positivamente a ter muitos filhos (Chapman, 2006), o que frequentemente se repercute negativamente no estado da saúde sexual e reprodutivo destas mulheres. Já a infertilidade feminina (ao contrário da masculina) é um estigma familiar e social



(Chapman, 2006). Nesta situação, a mulher é apelidada de “árvore seca” (Mariano & Paulo, 2009).

No que se refere especificamente ao VIH/SIDA em Moçambique, de acordo com o último relatório publicado acerca do Impacto Demográfico do VIH/SIDA em Moçambique, elaborado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), Ministério da Saúde (MISAU), Ministério de Planificação e Desenvolvimento (MPD), Centro de Estudos Africanos da Universidade Eduardo Mondlane (CEA), Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (CNCS), e Faculdade de Medicina-UEM (2008), no ano de 2008, a taxa de prevalência da doença era de 14% na população adulta, com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos; e de 16% em mulheres grávidas dentro da mesma faixa etária. A taxa de prevalência em termos globais é de 16% (MISAU, 2008). Um total de quase 1.6 milhões de pessoas moçambicanas vivem com o SIDA, dos quais 598 100 correspondem a homens com mais de 15 anos, 861 300 correspondem a mulheres com mais de 15 anos, e 148 800 correspondem a crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (INE, MISAU, MPD, CEA & CNCS, 2008; UNAIDS, 2008).

De todas as ISTs, aquela que mais tem sido foco de atenção, quer pela sua prevalência, quer pela sua gravidade e impacto a vários níveis, é o VIH/SIDA. Assim, passaremos a descrevê-lo mais pormenorizadamente.

#### **a. O VIH/SIDA**

O VIH/SIDA é um dos maiores flagelos da actualidade em termos de saúde pública. Neste momento, aproximadamente 33 milhões de pessoas vivem com o VIH/SIDA (UNAIDS, 2008). O VIH/SIDA surgiu pela primeira vez em 1980 quando 55 homens foram diagnosticados com um conjunto de sintomas com causa desconhecida. Estes sintomas apontavam aparentemente para sarcoma de Kaposi (uma tipo de cancro de pele raro) e para um tipo de pneumonia (*Pneumocystis carinii*) pouco frequente (Straub, 2002). Inicialmente, o VIH/SIDA foi considerado uma doença específica de homens homossexuais (GRIDS - *gay-related immune deficiency syndrome*). No entanto, nesta altura também já tinham sido identificados alguns casos em pessoas utilizadoras de drogas endovenosas. Estas pessoas apresentavam imunodeficiência, com redução marcada de linfócitos – T no sangue periférico. Assim, em 1981, foram diagnosticados os primeiros casos de *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida* (SIDA), uma doença provocada pelo retrovírus VIH (Vírus da

Imunodeficiência Humana). A descoberta definitiva e o esclarecimento destas dúvidas iniciais ocorreu em 1983, altura em que o Instituto Pasteur, em França, e os Institutos Nacionais de Saúde dos Estados Unidos da América, chegaram à conclusão de que um vírus novo estava na origem desta doença desconhecida até então (Straub, 2002; Teixeira, 1993).

De acordo com Straub (2002), o VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) é um retrovírus que fragiliza as defesas imunitárias do corpo humano, acabando por destruir os linfócitos CD4 (células – T), que são um grupo de células brancas do sangue que apoiam o organismo humano a defender-se dos ataques das bactérias, vírus e outros germes através da coordenação do sistema imunológico. Quando o VIH destrói os linfócitos CD4, o organismo humano fica vulnerável a vários tipos de infecções designadas de oportunistas. São designadas de oportunistas porque aproveitam a oportunidade de invadir o corpo porque o sistema imunitário está enfraquecido. Assim, a infecção pelo VIH aumenta o risco de determinados cancros, de doenças neurológicas, debilitação do corpo e consequente morte. O espectro lato de sintomas e doenças que podem ocorrer na eventualidade da infecção pelo VIH e que destroem de modo significativo as defesas imunitárias, é designado por SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Depois de se encontrarem no interior do corpo humano, as partículas virais do VIH invadem os linfócitos CD4 e utilizam o material genético existente nas células para produzirem inúmeras cópias virais (*Harvard Medical School*, 2005).

De acordo com Ogden (2004), a doença passa por várias fases: (1) a fase inicial de seroconversão viral; (2) uma fase assintomática; (3) uma etapa de aumento dos gânglios linfáticos, que corresponde ao início de infecções oportunistas; (4) a fase de complexo relacionado com a SIDA; e (5) a fase da SIDA. No que se refere ao contágio, de acordo com a *Harvard Medical School* (2005), o VIH/SIDA pode ser transmitido de uma pessoa para outra através de: (1) relações sexuais desprotegidas (heterossexuais ou homossexuais), (2) sexo oral com uma pessoa infectada, (3) transfusão de sangue contaminado, (4) partilha de seringas (se um dos utilizadores de droga está infectado), (5) exposição ocupacional (picada de uma agulha com sangue infectado), (6) inseminação artificial com sémen infectado, (7) e transplante de órgão de um dador infectado com o VIH. Em suma, o vírus pode-se transmitir através de três vias principais: (1) contacto sexual com fluidos corporais infectados; (2) contacto com sangue infectado ou produtos de sangue através da transfusão, transplante de órgãos,

partilha de agulhas, ou acidente com agulhas (e.g. trabalhadores nos cuidados de saúde); e (3) transmissão de uma mulher infectada para o seu bebé na gravidez, no parto ou durante a amamentação. Durante algum tempo, falou-se em grupos de risco para a infecção pelo SIDA, sendo eles os homossexuais masculinos, as mulheres parceiras sexuais de doentes com SIDA, os filhos de mães infectadas, e sujeitos expostos a sangue ou a produtos derivados do sangue (dependentes de drogas injectáveis e hemofílicos). No entanto, a partir de finais da década de 80 este conceito foi substituído pelo de *comportamentos de risco*, visto ter-se chegado à conclusão de que todas as pessoas podem contrair a infecção, independentemente de pertencerem ou não aos grupos mencionados, registando-se simultaneamente um aumento progressivo da infecção pelo VIH em sujeitos heterossexuais (Teixeira, 1993).

As mulheres, principalmente as mais jovens, têm registado o mais alto crescimento no que se refere à incidência de VIH/SIDA. Alguns dos motivos apontados para este facto relaciona-se com características biológicas, diminuto poder nas relações de género, elevada dependência económica e social, assim como, falta de conhecimentos acerca da doença e de questões relacionadas com a sexualidade (Singh, 2003). As mulheres são mais susceptíveis do que os homens à infecção pelo VIH, assim como, a outras ISTs (Longan, Cole & Leukefeld, 2002; Schaffer, 1998). Tal como já se referiu, esta vulnerabilidade começa por características biológicas, mas não só. Anatomicamente, as mulheres são mais susceptíveis de contrair o VIH nas relações sexuais, porque a superfície da vagina que fica exposta ao sémen é extensa. Já nos homens, a única mucosa exposta é a uretra (Bastos & Szwarcwald, 2000; Silveira et al., 2002). Adicionalmente, o sémen também tem uma maior quantidade de linfócitos que podem ser infectados do que o fluído vaginal, e o fluído seminal tem um efeito imunossupressivo sobre a mucosa, o que facilita a absorção do VIH pelo organismo feminino. Ainda num âmbito anatómico, as mulheres também acarretam a possibilidade de transmitir o vírus aos seus filhos na gravidez, parto ou amamentação (*Harvard Medical School*, 2005; UNAIDS, 1998). A vulnerabilidade da mulher para o VIH/SIDA vai para além de características anatómicas. As mulheres são as mais vulneráveis à infecção também devido a factores psicossociais (UNAIDS, 1998). As desigualdades de poder entre homens e mulheres limitam a protecção da mulher face ao SIDA, nomeadamente, no que se refere ao acesso a informação actualizada e adequada acerca da doença (Silveira, Silveira, Béria, Horta, & Tomasi, 2002), ou o acesso à protecção sexual (e.g. uso do preservativo) (O’Leary & Wingood, 2000). Na verdade, a literatura

apresenta um conjunto de variáveis psicossociais que colocam a mulher em risco para o VIH/SIDA. Estes factores são de várias ordens: socioeconómica, psicossocial, sócio-cognitiva e sociocultural. As mulheres contextualmente desfavorecidas, como as africanas, são as mais vulneráveis e afectadas pelo VIH/SIDA (UNAIDS, 1998).

Até ao momento não existe cura, nem vacina para o VIH/SIDA. A nível farmacológico, existe apenas o tratamento antiretroviral (tratamento HAART - *highly active antiretroviral therapy* que combina a droga designada por zidovudine – AZT com outras drogas conhecidas por *protease inhibitors* para interromper a multiplicação do VIH), assim como, a utilização de antibióticos que previnem o aparecimento das infecções oportunistas (Straub, 2002). Assim sendo, a forma mais importante de luta contra a doença continua a ser a prevenção, nomeadamente, a intervenção comportamental de natureza psicossocial. Neste âmbito, será pertinente ressaltar a importância da intervenção psicossocial junto das mulheres mais desfavorecidas, onde se inclui a mulher africana.

#### **1.4. Pertinência da Intervenção Psicossocial ao Nível da Prevenção do VIH/ em Mulheres Africanas/Moçambicanas**

A contaminação pelo VIH/SIDA mantém-se presente ao longo de mais de duas décadas, desafiando fronteiras, economias e culturas, determinando estudos no campo das ciências sociais e da saúde, entre as quais se encontra a procura pela identificação de factores que influenciam os comportamentos preventivos (Oliveira, Dias & Silva, 2005). Desde o início do surgimento da epidemia do VIH/SIDA que a prevenção tem sido a questão crucial dos programas dirigidos à problemática (Ayres, 2002). Desde o seu surgimento, houve um aumento substantivo de conhecimento acerca do vírus, das suas interações com o organismo, da sua epidemiologia, e dos principais determinantes sociais para a infecção. Apesar dos progressos em termos de conhecimento e de técnica, a prevenção continuou a ser primordial (Ayres, 2002). Na ausência de cura ou de vacinas, o controlo do VIH/SIDA passa pela prevenção, que depende sobretudo da mudança comportamental (Guerra & Lima, 2005; Guinan & Leviton, 1995; Dias, Gaspar de Matos, & Gonçalves, 2002), sabendo-se que a ausência de comportamentos preventivos aumentará a propagação da doença (Dias, Gaspar de Matos, & Gonçalves, 2002). Assim sendo, a revisão da literatura não deixa dúvidas acerca do facto de que, na

ausência de cura e vacina, a intervenção psicossocial e comportamental continua a ser a chave para o reverso do cenário em termos de VIH/SIDA, em todo o mundo.

A intervenção preventiva é especialmente necessária nos locais onde a doença mais se faz sentir e onde o acesso às populações é mais difícil. De acordo com o último Relatório da UNAIDS (2008) a zona do mundo mais afectada por estas características (elevada prevalência de VIH/SIDA e inacessibilidade em termos de intervenção e tratamento) continua a ser a África, sobretudo a África Subsaariana. De acordo com Garrido, então Ministro da Saúde de Moçambique (um dos países africanos mais afectados pelo SIDA), a prevenção continua a constituir a área de maior preocupação, porque há ainda um número muito elevado de pessoas que praticam sexo desprotegido, situação que mina os esforços de luta contra a doença. Na sua opinião, têm que se encontrar formas de estimular as pessoas a mudarem o seu comportamento sexual face ao VIH/SIDA (Portal do Governo de Moçambique, 2008). No âmbito da abordagem do VIH/SIDA em contexto moçambicano, Macuamule e Foreman (2002) argumentam que factores como a pobreza, a migração, a urbanização, os antecedentes sociais, a idade, o género, a sexualidade dos indivíduos, entre outros, têm um papel muito importante na vulnerabilidade face ao VIH. Estes factores interagem tornando alguns indivíduos ou grupos mais vulneráveis e outros mais protegidos. Assim sendo, a abordagem meramente médica/clínica do problema é claramente insuficiente e ineficaz em termos de prevenção. A investigação psicossocial é essencial no combate à epidemia do SIDA, pois integra uma compreensão holística de todos os factores capazes de colocar os indivíduos em risco.

Na África Subsariana, o vírus dos VIH/SIDA é o problema mais desafiador da região, e tende a afectar muito mais mulheres do que homens (Mabala, 2006; UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005). Nesta zona do globo, as mulheres constituem o grupo populacional mais afectado pelo SIDA, numa proporção de infecção quatro vezes mais do que os homens da mesma idade (INE de Moçambique, 2002; cit. por Macia & Langa, 2004). De acordo com as organizações UNFPA, UNIFEM e OSAGI (2005), nos tempos que correm, cerca de 60% das pessoas infectadas pelo SIDA, na África Subsariana, são mulheres. Um estudo a nível comunitário levado a cabo na zona África Subsariana, mais propriamente no Uganda e Burundi, refere que, uma vez infectadas pelo SIDA, as mulheres também são mais discriminadas e estigmatizadas do que os homens, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde (Agência de Cooperação e Pesquisa para o Desenvolvimento – ACORD, 2004). Estima-se que, nos últimos anos,

6% a 11% das mulheres africanas, com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, estavam infectadas pelo SIDA, comparando com um índice de 3% a 5% para os homens (UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005). Em África, a principal via de contágio do VIH é a sexual, quer para homens, quer mulheres (Cronqvist & Berg-Schlosser, 2006; UNAIDS, 2008). Em todo o mundo, 90% das infecções pelo VIH na mulher deve-se ao contacto heterossexual (Chaves et al., 2005). No entanto, é curioso verificar que em partes de África, 60% a 80% das mulheres infectadas têm um único parceiro sexual (Kippas, 1994; cit. por Ondutolu, 2005).

De acordo com as organizações UNFPA, UNIFEM e OSAGI (2005), há várias práticas que contribuem fortemente para a disseminação do VHI/SIDA entre a mulher africana, práticas essas que devem ser cessadas. Algumas dessas práticas passam pela educação negada a meninas, que frequentemente têm que deixar a escola para cuidar da casa e dos irmãos mais novos, não tomando assim consciência da informação sobre a disseminação do VIH; mutilação e corte dos órgãos genitais femininos, integrados em rituais culturais africanos, que ocorrem em condições de higiene precárias e onde, em alguns contextos, encorajam as relações sexuais logo após o corte, quando as probabilidades de contrair o vírus são ainda maiores; casamentos precoces ou relações sexuais com meninas muito jovens, motivados pela crença de que praticar sexo com uma virgem imuniza ou cura o VHI/SIDA, crença esta que leva ainda à ocorrência de muitos estupros e prostituição forçada em meninas muito jovens; e casamentos forçados que expõem a mulher a acções violentas quando elas se recusam a obedecer, assim como, à infecção do VIH pelo baixo poder de decisão sexual que têm.

Vários dados científicos indicam que o VIH/SIDA atinge a população de forma diferente, sendo várias e diversas as representações que determinam os comportamentos preventivos e a percepção do risco. Assim, é complexo compreender a lógica que, em cada grupo populacional, faz com que certos indivíduos se protejam e outros não (Dias, Gaspar de Matos, & Gonçalves, 2002). A maioria dos estudos desenvolvidos acerca dos factores psicossociais que influenciam os comportamentos sexuais de risco para o VIH/SIDA, debruçam-se sobre a população homossexual, adolescentes e, sobretudo, sobre população de etnia caucasiana, não havendo abundância de estudos sobre mulheres afro-americanas (Wingood & DiClemente, 1998a), muito menos sobre mulheres naturais e residentes em África. Assim, é de toda a pertinência desenvolver investigações de carácter psicossocial que incidam especificamente no estudo das variáveis que vulnerabilizam a mulher Africana para o VIH/SIDA. Várias investigações

têm dado indicações de que factores como a idade, etnia, género, estatuto sócio-cultural e económico, e normas culturais, determinam directa e indirectamente aqueles que estão mais vulneráveis ao SIDA (Cornelius, Okaundaye, & Manning, 2000; Stieving, Resnick, Bearinger, Remafedi, Taylor, & Harmon, 1997; cit. por Dias, Gaspar de Matos, & Gonçalves, 2002). Sendo assim, a influência do contexto onde estas tomadas de decisão ocorrem, não deve nunca ser descurado (McDermott, 1998; Woollett, Marshall, & Stenner, 1997; cit. por Dias, Gaspar de Matos, & Gonçalves, 2002).

No momento em que a humanidade encara a terceira década do flagelo do SIDA, a evidência do seu impacto é incontestável. Nos países onde se tem disseminado de forma incontável, o VIH está a consumir recursos que poderiam ser dirigidos para a segurança e desenvolvimento humano. Em algumas regiões do planeta, o VIH, juntamente com outras doenças, está a encontrar no seio da pobreza, condição fértil para atingir um sector cada vez mais amplo da população (Oliveira, Dias & Silva, 2005). É legítimo considerar que África, onde Moçambique se encontra e se faz representar em termos de propagação do VIH, é um desses terrenos férteis para o descontrolo em termos de disseminação do VIH/SIDA.

Em suma, o conceito de sexualidade engloba o conhecimento, as crenças, os valores, as atitudes e os comportamentos sexuais dos indivíduos; as suas dimensões não incluem apenas anatomia, fisiologia ou bioquímica, mas também factores como identidades, papéis, personalidade, cognições, sentimentos e relações humanas. A expressão da sexualidade é influenciada por questões éticas, espirituais, culturais e morais (Conselho Nacional Moçambicano de Combate ao VIH/SIDA – CNCS, 2004). Por este motivo é tão importante que as ciências humanas, sociais e comportamentais, entre as quais a Psicologia da Saúde, se debrucem no combate e prevenção a este flagelo que dizima ainda muitas vidas, principalmente no continente africano, onde Moçambique é um dos países em que esta doença é considerada uma verdadeira epidemia. Adicionalmente, de acordo com UNFPA (2001), algumas das populações mais vulneráveis à infecção pelo VIH/SIDA são também as mais difíceis de alcançar. Assim sendo, é necessário que as ciências sociais e comportamentais unam esforços de forma a conseguir chegar, de forma preventiva, a estas populações altamente afectadas pela infecção pelo VIH/SIDA e, simultaneamente, pouco acessíveis. Por tudo quanto foi referido, não há dúvidas de que, embora nem sempre seja fácil, é necessário intervir psicossocialmente e de forma preventiva no combate ao VIH/SIDA na mulher Africana, onde a mulher Moçambicana se inclui.

## **1.5. Variáveis Psicossociais Associadas à Prevenção do VIH/SIDA nas Mulheres**

De acordo com Barnett e Whiteside (2002), a epidemia do VIH/SIDA é constituída pela sobreposição de várias outras epidemias, cada uma com o seu próprio distintivo, dinâmica e carácter. Estas diferentes “epidemias” para o VIH/SIDA reflectem o risco ambiental, social, biológico e económico que influenciam o alastramento do VIH e a susceptibilidade de diferentes grupos para a infecção (Barnett & Whiteside, 2002; cit. por Loewenson, 2007a).

Cada vez mais se sabe e defende que o VIH é produto de um conjunto de factores de risco de ordem social, cultural, económica e interpessoal que geram forças de desigualdade entre os géneros, e que se reflectem na sexualidade e na saúde (Mann & Tarantola, 1996; cit. por Romero, Wallerstein, Lucero, Fredine, Keefe & O’Connell, 2006). Assim, é essencial perceber a forma como estes factores/determinantes de várias ordens e natureza influenciam a adopção ou não do comportamento sexual seguro, ou seja, a utilização correcta e consistente do preservativo.

### **1.5.1. A Importância do Uso do Preservativo para as Mulheres**

A grande importância dada ao uso do preservativo masculino nos programas de prevenção da transmissão do VIH/SIDA advém do facto deste se ter vindo a evidenciar altamente eficaz na prevenção da transmissão do VIH, quando utilizado de forma correcta e consistente (Guinan & Leviton, 1995; Harvey, Beckman, Gerend, Bird, Posner, Huszti & Galavotti, 2006; McIntyre & Veiga Costa, 2004; UNFPA, 2001; Costa, 2007).

Os comportamentos preventivos para o VIH/SIDA são: castidade absoluta, relações sexuais exclusivamente monogâmicas com parceiro fiel e não contaminado, práticas sexuais sem penetração, e relações sexuais sempre com preservativo (Bayés, 1992; cit. por Tamayo, Lima, Marques, & Martins, 2001). No entanto, por motivos evidentes, as campanhas de prevenção têm-se focalizado prioritariamente no uso do preservativo no relacionamento sexual, dado saber-se que a maioria da população é sexualmente activa e que a questão da confiança pode ser prejudicial no contexto da prevenção do VIH/SIDA e outras ISTs (Guerra & Lima, 2005; Bayés, 1992; cit. por Tamayo, Lima, Marques, & Martins, 2001). A literatura científica é unânime em afirmar que o preservativo, correctamente utilizado, é o meio mais eficaz de prevenção



do VIH/SIDA e a sua utilização é fundamental também na prevenção da transmissão de outras ISTs (Chaves, Ramalho, Carrilho & Araújo, 2005). A importância dada à utilização do preservativo implica uma compreensão absoluta do mesmo.

A promoção do uso do preservativo para grupos de risco acrescido – profissionais do sexo, camionistas, usuários de drogas injectáveis, etc. – é, desde há muito, uma componente essencial dos programas de controlo do VIH e outras ISTs. Embora vários programas tenham encontrado alguma resistência, abordagens mais inovadoras ajudaram a superar alguns destes desafios e têm-se mostrado muito pertinentes na promoção do uso do preservativo masculino (UNFPA, 2001). No entanto, as intervenções não se têm focado apenas nos designados grupos de risco. A investigação e várias intervenções de prevenção da transmissão do SIDA, com enfoque no uso do preservativo, também se têm dirigido para as mulheres heterossexuais. A investigação sobre a prevenção do VIH/SIDA em mulheres heterossexuais tem dado muita importância ao uso correcto e consistente do preservativo, colocando ênfase nos factores que predizem a utilização deste método contraceptivo e de protecção sexual, assim como, na procura das variáveis que colocam as mulheres em situação de risco para a transmissão do VIH/SIDA (McIntyre & Costa, 2004; Costa, 2007). Quando se fala na utilização do preservativo como forma eficaz de prevenir o VIH, é necessário ter em linha de conta que tudo o que envolve este comportamento difere entre os géneros. De acordo com Williams, Bowen, Ross, Timpson, Pallonen e Amos (2008), se um homem decide utilizar o preservativo, esta decisão só a ele lhe cabe; para as mulheres, utilizar o preservativo, significa convencer o parceiro a fazê-lo, o que exige a presença de uma série de competências de comunicação e negociação que muitas mulheres não possuem quando se encontram em relações de dependência.

Como já se referiu, e de acordo com vários estudos realizados, o uso consistente do preservativo tem-se evidenciado como o método mais eficaz de prevenção do SIDA, por via sexual. É de essencial importância que este seja utilizado durante a totalidade do acto sexual, seja ele vaginal, anal ou oral (McIntyre & Costa, 2004; Costa, 2007). Segundo Roper, Peterson e Curran (1993), a utilização correcta e consistente do preservativo reduz entre 70% e 100% o risco de infecção pelo VIH. Neste seguimento, de acordo com Fineberg (1988) e o seu modelo matemático, o uso correcto do preservativo pode prevenir, sensivelmente, metade das infecções pelo VIH, quer em pessoas com um único parceiro, quer em pessoas com múltiplos parceiros. A importância dada ao uso do preservativo prende-se essencialmente com o facto de se

tratar de uma dimensão do comportamento sexual seguro (assim como a abstinência), sendo a única forma de reduzir o risco de transmissão sexual em mulheres sexualmente activas (Costa, 2007). Apesar de se tratar de um comportamento altamente eficaz na prevenção do VIH/SIDA e outras ISTs, este não é tão utilizado como se desejaria. A não utilização do preservativo está frequentemente associada aos significados atribuídos aos actos sexuais, ao próprio preservativo e ao processo de negociação que o seu uso requer, inseridos num conjunto de códigos, normas e expectativas colectivas (Gune, 2008). A não utilização do preservativo por parte de muitas mulheres ainda se deve a uma grande falta de informação e esclarecimento acerca de questões de saúde sexual e reprodutiva (MacPhail, Pettifor, Pascoe & Rees, 2007). Por outro lado, outras, apesar de terem conhecimento da existência do preservativo e saberem também que ele é eficaz na promoção da saúde sexual, não o usam e isso deve-se a uma série de factores, tais como, as características da relação (Amorim & Andrade, 2006; Harvey et al., 2006; Moyo et al., 2008; Theall, Sterk & Elifson, 2003), percepções negativas acerca do mesmo (Bryan, Aiken & West, 1999; Freitas & Borges-Andrade, 2004; Lopes, 2004; Monteiro 2006; Tamayo et al., 2001), assim como, dificuldades na negociação (Harvey et al., 2006; Ickovics & Rodin, 1992; Parker & Camargo Jr., 2000; UNFPA, 2001), entre outros.

A decisão de utilizar ou não o preservativo está muito associada às características da relação (Harvey et al., 2006; Moyo et al., 2008; Thorburn, Harvey & Ryan, 2005), nomeadamente se se trata de uma relação com um parceiro regular ou casual (Moyo et al., 2008; Theall, Sterk & Elifson, 2003). A literatura tem vindo a sugerir que o preservativo é tanto menos usado quanto mais a relação é percebida como segura e de confiança (Thorburn, Harvey & Ryan, 2005). Uma investigação desenvolvida por Theall, Sterk e Elifson (2003), com 138 mulheres afro-americanas utilizadoras de drogas ilícitas, no decorrer de uma intervenção dirigida à prevenção do SIDA, demonstrou que as mulheres usam mais frequentemente o preservativo em relações de natureza casual do que em relações com parceiros regulares. Neste seguimento, Amorim e Andrade (2006), num estudo qualitativo, desenvolvido com o objectivo de conhecer como as mulheres vivenciam a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, entre as quais, o VIH, concluíram que a percepção de estabilidade nas relações afectivas é um dos maiores entraves à utilização do preservativo, entre as participantes. A não adesão às medidas preventivas (preservativo), verificada entre a maioria das participantes, justificou-se pela crença de se encontrarem

num relacionamento afectivo-sexual estável, em que acreditam na exclusividade mútua do relacionamento. A maioria destas mulheres também relatou não insistir no uso do preservativo porque os parceiros não gostavam, o que na opinião das autoras demonstra uma clara sujeição e submissão à vontade do parceiro, consoante as expectativas tradicionais de género. Também um estudo de Lau, Tang, Siah e Tsui (2002), reforça esta ideia da crença na “confiança” como um dos principais factores para a dispensa do uso do preservativo por parte das mulheres. Estes autores, analisaram as práticas sexuais de uma população feminina de Hong Kong ( $n=2076$ ), tendo verificado que a “a falta de necessidade” baseada na “confiança” eram as razões mais apresentadas por estas mulheres para justificarem a não utilização do preservativo. Também um estudo de Harvey e colaboradores (2006), com 435 mulheres heterossexuais norte-americanas, permitiu verificar que o tempo de relação influencia o uso do preservativo, na medida em que constataram que quanto mais avançada no tempo se tornava a relação, menos as mulheres recorriam ao uso do preservativo com os seus parceiros. Os resultados de uma investigação levada a cabo por Holmes, Ogungbade, Ward, Garrison, Peters, Kalichman, Lahai-Momoh e Essien (2008), com mulheres afro-americanas ( $n=280$ ), também demonstraram que mulheres que mantinham relações sexuais com múltiplos parceiros possuíam cinco vezes mais probabilidade de utilizarem o preservativo feminino do que aquelas que mantinham relações monogâmicas. Também Gune (2008), no desenvolvimento de um estudo etnográfico, com população africana, de ambos os sexos, concluiu que o factor confiança é um dos principais impedimentos à utilização consistente do preservativo. Este autor constatou que o uso do preservativo torna-se totalmente dispensável, por parte dos participantes, quando a prática sexual envolve parceiros habituais em quem se deposita confiança, sejam eles solteiros ou casados. No entanto, sabe-se que o facto de possuir uma relação duradoura e emocionalmente estável não é sinónimo de ausência de risco. Há estudos que demonstram que os parceiros nem sempre são sinceros relativamente ao seu estado de seropositividade. Por exemplo, Pearson, Kurth, Cassels, Martin, Simoni, Hoff, Matediana e Gloyd (2007) desenvolveram um estudo com doentes seropositivos ( $n=350$ ), em início de tratamento antiretroviral, na cidade da Beira, em Moçambique, onde verificaram que apenas 26% destes utentes declararam o seu estado serológico aos seus parceiros (parceiros estes que desconheciam o seu estado em relação ao VIH/SIDA). Situações de desprotecção continuada como esta que o presente estudo ilustra, demonstram a gravidade das relações sexuais desprotegidas na propagação do VIH e na reinfeccção das pessoas já

infectadas. Ainda no âmbito da natureza da relação enquanto variável de influência da utilização ou não do preservativo, surge-nos o estudo de Crosby, DiClemente, Wingood, Sionéan, Cobb e Harrington (2000), com adolescentes afro-americanas ( $n=522$ ), onde foi possível constatar que a recorrência ao uso do preservativo não é a desejável, estando o seu desuso associado a questões como o facto de permitirem que seja exclusivamente o parceiro a decidir sobre as questões da sexualidade, nomeadamente, como e quando devem ocorrer.

Também a forma como decorre a primeira relação sexual indica determinar todo o percurso posterior no que se refere à solicitação do preservativo, por parte das mulheres. Hendriksen, Pettifor, Lee, Coates, e Rees (2007), no decorrer de um estudo com jovens sul-africanos, concluíram que discutir sobre a importância do preservativo antes de iniciarem a sua vida sexual e usarem o preservativo na sua primeira relação sexual, evidenciou ser o principal preditor da utilização do preservativo na última relação sexual dos jovens participantes. Outros preditores significativos são a auto-eficácia e o optimismo em relação ao futuro. Na opinião destes autores, as conclusões deste estudo apontam para a importância da educação sexual, bem como, o aconselhamento e testagem voluntária antes dos jovens iniciarem a sua vida sexual. Acrescentam ainda que, estas intervenções, que se devem focar essencialmente na questão da importância da utilização do preservativo, serão especialmente benéficas para os jovens do sexo feminino.

Uma investigação desenvolvida por Oliveira, Dias e Silva (2005), com o objectivo de identificar os factores que influenciam a intenção comportamental de adolescentes ( $n=231$ ) do sexo masculino em utilizar o preservativo, e do sexo feminino em solicitá-lo, tendo por base as premissas da Teoria da Acção Racional, concluiu que há diferenças de comportamento entre homens e mulheres, no que se refere a esta questão. Para os adolescentes do sexo masculino, o comportamento estudado é determinado tanto pela componente atitudinal, quanto pela normativa (embora a primeira tenha mais peso); para os adolescentes do sexo feminino, a intenção de solicitar ao parceiro o preservativo no decorrer das relações sexuais é exclusivamente determinada pelos aspectos normativos. Os resultados deste estudo são demonstrativos de que a intenção destas mulheres é determinada pela percepção das expectativas de pessoas importantes para elas. Ou seja, há uma tendência para se ajustarem ao que os parceiros esperam que seja a sua conduta.

A falta de informação acerca da contracepção parece ser outro entrave à utilização do preservativo. Um estudo desenvolvido por MacPhail, Pettifor, Pascoe e Rees (2007), com mulheres jovens sul-africanas ( $n=6217$ ), demonstrou que a utilização de contracepção, nomeadamente o preservativo, está associada a uma gravidez prévia. De acordo com o presente estudo, a ausência de contracepção está muito associada à falta de informação e ao estigma social. Grande parte destas mulheres só acedeu a informação sexual e reprodutiva e a contraceptivos depois de ficarem grávidas pela primeira vez. Mesmo após informadas e em contacto com serviços de saúde, verificou-se uma maior tendência para a aquisição e a aceitação dos métodos contraceptivos hormonais, em detrimento do preservativo. Na opinião destes autores, ainda há contextos onde é necessário alertar e esclarecer para a dupla eficácia do preservativo: protecção contra a doença e prevenção da gravidez indesejada.

Uma outra barreira para o uso do preservativo surge na própria percepção que as pessoas têm deste comportamento e daqueles que o exibem (Tamayo et al., 2001). Um estudo levado a cabo por Bryan, Aiken e West (1999) demonstrou que a proposta de usar preservativo no contexto sexual gera percepções positivas e negativas: o estudante universitário que sugere à companheira o uso do preservativo, é percebido como mais simpático e maduro do que aquele que não faz tal proposta, mas, por outro lado, é também percebido como menos romântico e excitante. De acordo com Lopes (2004), as crenças e atitudes acerca do preservativo contribuem para a desatenção face à prevenção. Este autor desenvolveu uma investigação com jovens portugueses ( $n=1000$ ) e verificou que estes consideram que o preservativo rompe o romantismo e tem custos afectivos; que têm vergonha de os trazer consigo, que não consideram que estejam acessíveis; que estes são caros e de difícil acesso; que são inseguros e ineficazes; que os seus parceiros não os colocam em risco portanto não é necessário preservativo; que quem tem um parceiro estável não deve temer a doença; e receiam que o parceiro fique molestando se se recusar a ter relações sem preservativo. Ainda relativamente às percepções acerca do preservativo, um estudo desenvolvido por Monteiro (2006), com jovens estudantes portugueses ( $n=5890$ ), e que se debruçou sobre os conhecimentos e atitudes acerca do preservativo, evidenciou que as crenças e atitudes que circulam sobre o preservativo são: a utilização do preservativo torna as relações sexuais menos satisfatórias, os preservativos são caros e inacessíveis, e é indispensável apenas quando se trata de relações com parceiros ocasionais. O estigma associado ao VIH/SIDA e, consequentemente, a muitos dos comportamentos preventivos que lhe estão associados,

tal como a aquisição do preservativo, continuam a ser um entrave à prevenção (Genberg, Kawichai, Chingono, Sendah, Chariyalertsak, Konda & Celentano, 2008). Neste seguimento, também Freitas (2003), no decorrer do desenvolvimento de um estudo com população portuguesa universitária ( $n=312$ ), constatou que ainda existe uma atitude de “vergonha” associada à compra do preservativo, principalmente entre a população feminina. Dias, Matos e Gonçalves (2002), num estudo desenvolvido com população africana emigrante ( $n=66$ ) em Portugal, constataram que o preservativo é muito pouco utilizado quer na população adulta, quer nos jovens. Nesta investigação, verificou-se que alguns homens afirmam que praticar sexo com preservativo é o mesmo que “comer banana com casca” (Dias, Matos & Gonçalves, 2002). Vários estudos têm evidenciado a existência de crenças e atitudes negativas em relação ao uso do preservativo, no sentido de que ele quebra a harmonia e o ritmo do encontro sexual e afecta negativamente a disposição sexual e a intenção do seu uso. Esta realidade é preocupante, dado saber-se que a utilização do preservativo é uma das formas mais eficazes de protecção face à infecção pelo VIH/SIDA. É muito importante estudar as crenças, atitudes e intenções face ao preservativo, pois são estes alguns dos factores que antecedem o comportamento sexual (Freitas & Borges-Andrade, 2004). Existe uma sequência organizada até chegar a um comportamento observável: crença sobre o objecto, atitude em direcção ao objecto, intenção com respeito ao objecto, e comportamento em relação ao objecto (Ajzen & Fishbein, 1980; cit. por Freitas & Borges-Andrade, 2004). Assim sendo, não há dúvidas de que o estudo das crenças, atitudes e intenções face ao preservativo é importantíssimo para se prever a sua efectiva utilização.

De acordo com Gune (2008), outro factor de pressão que ocasiona a prática de relações sexuais sem o uso do preservativo decorre da própria atracção que a pessoa sente pelo possível parceiro sexual. Neste seguimento, o autor descreve o relato de algumas mulheres ( $n=12$ ) que admitiram não solicitar o preservativo se tivessem a oportunidade de se envolver em relações sexuais com certos homens que consideram especialmente atraentes. Também as emoções são frequentemente utilizadas como argumento na não utilização do preservativo. Algumas participantes deste mesmo estudo referiram que, quando se está verdadeiramente apaixonado, a prática sexual ocorre de forma tão natural e com um tal sentimento de confiança, que não há disponibilidade nem oportunidade para se solicitar o preservativo.

Também o desejo de engravidar pode constituir um entrave para a utilização do preservativo por parte das mulheres. O desejo de engravidar pode eliminar completamente o uso do preservativo (Wingood & DiClemente, 2002), e o facto é que não existe nenhuma forma de proteger sexualmente uma mulher que deseje engravidar. Os resultados da investigação qualitativa de Gune (2008), com o intuito de analisar as dinâmicas e significados associados ao preservativo, confirmam esta ideia do desejo de engravidar como impedimento ao uso do preservativo. Esta investigação descreve o relato de algumas participantes que referem ter deixado de utilizar o preservativo a partir do momento em que decidiram ter filhos, não havendo compatibilidade entre estes dois desejos.

Outro aspecto que é necessário ter em linha de conta relativamente à questão do preservativo na relação sexual, é a capacidade da mulher conseguir negociar a sua utilização com o parceiro, pois este é utilizado directamente no parceiro e não em si. Muitas mulheres estão susceptíveis ao medo do conflito, violação da confiança, e potencial abuso verbal ou físico, podendo assim evitar abordar a questão do sexo seguro com os seus parceiros (Ickovics & Rodin, 1992) e desenvolver comportamentos de risco, como a dispensa do uso do preservativo. A rigidez de papéis e de condutas nas relações de género é apontada como um factor de vulnerabilidade para a infecção pelo VIH/SIDA. A associação do uso do preservativo com a desconfiança e a falta de comunicação entre parceiros no que respeita a questões sexuais, limitam muito a capacidade das mulheres praticarem o sexo seguro (Parker & Camargo Jr., 2000). O uso do preservativo pode ser impossível para muitas mulheres, pois requer a cooperação dos parceiros. Muitas mulheres arriscam-se a abusos emocionais e físicos quando sugerem o uso do preservativo aos seus parceiros, que associam o preservativo a uma acusação de infidelidade (UNFPA, 2001). É portanto muito pertinente verificar a importância que o uso do preservativo tem para estas mulheres, ou seja, averiguar se são capazes de negociar o seu uso ou recusar a relação sexual, caso o parceiro não aceite a sua utilização ou, pelo contrário, se cedem facilmente a uma recusa do uso do preservativo por parte do parceiro. Quando se aborda a questão da intenção do uso do preservativo por parte da mulher, é necessário ter em linha de conta que este acto envolve uma interacção e cooperação com o parceiro, onde não pode ser descurada a questão das relações de poder de género (Harvey et al., 2006).

No que se refere particularmente à realidade africana, as relações heterossexuais constituem a principal via de propagação do VIH (Macia & Langa, 2004). No entanto, a

literatura acerca desta questão em países africanos, sugere que a utilização do preservativo fica aquém do desejado. Um estudo desenvolvido por Moyo e colaboradores (2008), com jovens sul-africanos de ambos os sexos ( $n=6649$ ), demonstrou que a taxa de utilização do preservativo por parte destes jovens na última relação sexual foi de 28,6% para as mulheres e 39,2% para os homens. É de salientar que 33,1% da amostra feminina, ou seja, 1219 participante ( $n=3624$ ) referiu nunca usar o preservativo. Menos de um terço das jovens relatou não ter usado o preservativo na sua última relação sexual e uma grande parte refere nunca o usar. Na opinião dos autores, esta constatação ajuda a perceber o facto das mulheres serem as mais afectadas pelo VIH/SIDA na África do Sul (Moyo et al., 2008). Isto enquadra-se naquela que é a realidade de grande parte dos países africanos. Também Cherutich, Brentlinger, Nduati, Kiarie e Farquhar (2008) desenvolveram uma investigação com mulheres jovens (15-anos) Quenianas ( $n=734$ ), utentes de Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva, tendo concluído que a taxa de gravidez indesejada é muito elevada e a taxa de utilização do preservativo muito baixa. Os resultados desta investigação demonstraram que apenas 21,4% destas jovens utilizava o preservativo e que 7,3% encontravam-se infectadas pelo VIH. Também no contexto africano, o preservativo masculino é a principal tecnologia preventiva existente para a protecção contra o VIH durante as relações sexuais. No entanto, embora eles sejam eficazes quando utilizados de forma sistemática e correcta, existem muitos obstáculos relacionados com o género, que limitam a sua utilização (UNAIDS, 1998).

No caso particular de Moçambique, a luta contra a pandemia do SIDA, é também uma luta contra as crenças místicas do povo em relação a tudo o que envolve a doença e a sua prevenção (Popinsky, 2005). Em Moçambique há crenças e boatos populares que aumentam as incertezas acerca do VIH/SIDA e, por conseguinte, tornam-se um obstáculo às inúmeras campanhas que têm surgido acerca do uso do preservativo. Por exemplo, há pessoas moçambicanas que acreditam que o próprio preservativo é o causador da SIDA e que é uma invenção dos europeus para controlar a natalidade dos africanos (Popinsky, 2005). Em Moçambique, Macuamule e Foreman (2002) descrevem as razões que levam muitos homens e mulheres a recusar o uso do preservativo: são associados a promiscuidade e falta de confiança, crenças de que os preservativos são inconvenientes, difíceis de usar e redutores do prazer sexual, crenças de que o próprio preservativo é fabricado com o vírus do VIH e de que é uma invenção europeia para o controle da natalidade em África.



Embora a importância da utilização do preservativo seja incontestável, há que ter em atenção que há vários constrangimentos à sua aceitação, nomeadamente, no contexto africano. Uma investigação desenvolvida no Uganda e Burundi, pela Agência de Cooperação e Pesquisa para o Desenvolvimento (ACORD), em 2004, concluiu que a utilização do preservativo ou a participação em programas de sensibilização para a utilização do mesmo pode ser estigmatizante socialmente e os participantes podem ser percebidos na comunidade como pessoas infiéis ou seropositivas. Também Tassiopoulus, Seage, Sam, Ao, Masenga, Hughes e Kapinga (2006) desenvolveram uma investigação com 961 mulheres tanzanianas, funcionárias de bares e hotéis, onde os resultados revelaram que uma parte significativa destas mulheres possui vários parceiros esporádicos, sendo que 49% relatou nunca usar o preservativo, 39% relatou usar de forma inconsistente, e apenas 12% relatou utilizar o preservativo consistentemente. Os autores consideram crucial entender às variáveis psicossociais que antecedem o comportamento sexual das mulheres e que traçam a diferença entre o não uso, o uso inconsistente, e o uso consistente do preservativo. Concluem assim que, só depois de conhecidos estes factores, será possível melhorar as intervenções preventivas e aumentar os recursos das mulheres, sobretudo em países mais pobres, onde estas questões ainda não foram adequada e suficientemente estudadas.

Sunmola, Adebayo e Ogungbemi (2008) desenvolveram uma investigação na Nigéria onde, entre outros aspectos, tentaram identificar alguns preditores para a utilização consistente do preservativo entre homens jovens sexualmente activos ( $n=372$ ). Os resultados desta investigação revelaram que a compra e obtenção de preservativos é um dos melhores preditores para o uso efectivo do mesmo. Também foi possível verificar que possuir mais do que uma parceira sexual aumenta a probabilidade do uso do preservativo. Esta última constatação poderá causar alguma controvérsia, pois sugere que possuir múltiplos parceiros (as) pode apresentar-se como um factor protector em certos contextos/circunstâncias, no que se refere à utilização do preservativo. Por outro lado, a literatura tem vindo a referir afincadamente que a existência de mais do que um parceiro é um dos maiores factores de risco para a infecção pelo VIH/SIDA e outras ISTs.

Em África, assim como noutros contextos, o preservativo feminino apresenta-se como o único meio eficaz de prevenção do VIH/SIDA controlado pela própria mulher. Desde há muito tempo que o preservativo feminino tem-se evidenciado muito eficaz na protecção contra o SIDA e outras ISTs, assim como, na prevenção da gravidez. Uma

investigação desenvolvida por Farr, Gabelnick, Sturgen e Dorflinger (1994), demonstrou uma reduzida taxa de gravidez (2.6%) e nenhuma IST entre mulheres americanas que usavam o preservativo feminino, nos últimos 6 meses. Este é um método já bastante utilizado nos países desenvolvidos. No entanto, ainda é pouco aceite e acessível em muitos países africanos. A título de exemplo e de acordo com um documento do Fundo das Nações Unidas para a População (*United Nations Population Fund – UNFPA*) (2001), na Zâmbia, no decorrer de uma experiência de campo, evidenciou-se que as mulheres tiveram muita dificuldade em persuadir os maridos a aceitar o preservativo feminino, na medida em que o consideraram pouco acessível, grande, e barulhento durante o acto sexual. Também nos E.U.A. há registos de que o preservativo feminino tem sido percebido de forma negativa pela população afro-americana (Timpson, Williams, Ross, & Keel, 2005). Ou seja, embora seja uma alternativa viável, também o preservativo feminino encontra entraves à sua utilização, principalmente, nos países mais desfavorecidos, onde ainda são pouco conhecidos. Na África Subsaariana, a informação científica acerca da aquisição e utilização consistente do preservativo ainda é muito limitada (Sunmola, Adebayo & Ogungbemi, 2008), o que aponta para a importância de se estudar a influência desta variável nos comportamentos de risco e protecção na população africana.

Concluindo e de acordo com Harvey e colaboradores (2006), a maioria dos modelos e teorias psicológicos que abordam a questão da intenção da mulher para o uso do preservativo, cria uma conceptualização individualista dos factores que impulsionam esse comportamento, o que é insuficiente, pois é necessário considerar o contexto relacional em que estas mulheres se encontram. No seio de uma mudança individual e colectiva que a disseminação do uso do preservativo implica, é de toda a importância clarificar os constrangimentos materiais, económicos ou sociais que frequentemente estão na origem das práticas sexuais desprotegidas (Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2006). Tal como já se tem vindo a referir, a protecção sexual da mulher e o uso do preservativo estão dependentes de uma série de factores que não dependem unicamente da própria pessoa, tais como, factores socioeconómicos, factores comportamentais e psicossociais, factores de risco sócio-cognitivo, e factores socioculturais, tal como se poderá verificar no subcapítulo que se segue. Assim, serão apresentados os factores psicossociais de risco para a mulher, dando especial relevo à mulher Africana, devido à sua venerabilidade acrescida.

### **1.5.2. Factores Psicossociais de Risco na Mulher Africana/Moçambicana**

Atendendo a que o número de mulheres infectadas pelo VIH/SIDA tem vindo a aumentar e que, em certas regiões do globo, como é o caso de muitos países africanos, o número de mulheres já ultrapassa o número de homens infectados, será de toda a importância tentar compreender quais os factores psicossociais que influenciam os comportamentos preventivos e de risco, nomeadamente, a utilização do preservativo, na população feminina. Neste sentido, é importante identificar factores, que vão para além dos individuais, na questão da utilização do preservativo, por parte da mulher (Harvey et al., 2006), de forma a perceber o que dificulta a sua protecção sexual.

A sexualidade é um aspecto central no ciclo de vida dos seres humanos, que compreende o sexo, a identidade e os papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. A sexualidade é influenciada pelas interacções biológicas, psicológicas, sociológicas, económicas, políticas, culturais, legais, históricas, religiosas e espirituais (WHO, 2004; Weston & Coleman, 2004; cit. por Mariano & Paulo, 2009). Assim, sendo, importa conhecer e compreender a influência destes factores face aos comportamentos sexuais de risco na mulher.

A literatura científica acerca de estudos desenvolvidos em África tem alertado para o facto de que há vários factores psicossociais que estão por detrás dos comportamentos sexuais de risco (Macia & Langa, 2004; Popinsky, 2005; Simbayi, Kalichman, Jooste, Cherry, Mfecane, & Caine, 2005; Tassiopoulus et al., 2006). Por exemplo, Simbayi e colaboradores (2005) desenvolveram uma investigação com jovens Sul-Africanos de ambos os sexos (113 homens e 115 mulheres), onde conseguiram observar que 68% dos jovens do sexo masculino e 56% do sexo feminino exibiam comportamentos sexuais de alto risco para o VIH. Foi ainda possível constatar que existia uma forte associação de variáveis psicossociais diferenciadas, tais como, mitos acerca da doença, baixo nível de conhecimentos sobre a doença, baixo nível de escolaridade, atitudes negativas face ao preservativo, e consumo de drogas, associadas a estes comportamentos.

As vias de transmissão do vírus são conhecidas por grande parte das mulheres; as práticas de risco são reconhecidas, mas os mecanismos psicossociais que favorecem ou dificultam a mudança, afectando a vulnerabilidade das mulheres, têm tido pouco enfoque (Alves, Kovács, Stall & Paiva, 2002). É necessário aumentar o conhecimento e a compreensão acerca dos factores psicossociais ligados ao género, cultura e biologia que colocam a mulher em maior risco do que os homens para a infecção pelo

VIH/SIDA (Turmen, 2003). No contexto africano a investigação e informação acerca dos factores psicossociais de risco sexual na mulher são escassas. No entanto, o reconhecimento destes factores é de primordial importância para o planeamento de programas e intervenções mais adequados dirigidas à população feminina. De acordo com Heimer (2007), são os aspectos sociais que envolvem a epidemia do VIH/SIDA em África, que tornam o cenário que a envolve tão diferente e bem mais dramático do que aquilo que se pode observar no resto do mundo.

Posto isto e tal como se apresentará de seguida, a literatura aponta uma série de factores psicossociais de risco para o VIH/SIDA na mulher. Esses factores são de ordem socioeconómica, tais como, o nível de escolaridade, a idade, o estado civil, a situação laboral, a pobreza, e origem étnica; de natureza psicossocial, como a vitimização, a própria relação, os papéis de género, o processo de negociação, os problemas de saúde mental, e a história de cárcere e prostituição; de ordem sócio-cognitiva, onde se inclui o nível de conhecimento sobre o SIDA, as percepções de risco, as crenças, as atitudes e a auto-eficácia; e, finalmente, os de natureza sociocultural, como as influências familiares e as normas culturais e sociais.

### **1.5.2.1. Factores de Risco Socioeconómicos**

#### **a. Nível de Escolaridade**

A relação entre o nível de escolaridade e o VIH/SIDA continua a ser foco de um grande interesse entre investigadores da área, principalmente no que se refere a mulheres naturais de países em desenvolvimento (Vavrus, 2006). Não saber ler nem escrever, ou não compreender as línguas dominantes causa vulnerabilidade face ao SIDA, na medida em que dificulta o acesso à informação acerca da prevenção do VIH/SIDA (TEARFUND, 2005). Quanto maior é o nível de escolaridade, maior é o nível de informação adquirida em relação à doença e maior é a atenção dada à protecção nas relações sexuais ocasionais (UNAIDS, 2000; cit. por Vieira et al., 2003). Um estudo brasileiro desenvolvido por Ferreira (2003) constatou a existência de uma forte associação entre o baixo nível de conhecimentos acerca do VIH, a baixa percepção de risco, e um menor nível de escolaridade. Os resultados deste estudo revelaram que os indivíduos menos informados e conscientes da doença foram aqueles que pertenciam ao grupo de participantes com menos de 8 anos de escolaridade. Um outro estudo brasileiro, desenvolvido por Schneider, Ribeiro, Breda, Skalinski e Órsi (2008), com

uma elevada amostra de 22.846 indivíduos que frequentavam os Centros de Testagem e Aconselhamento do Estado de Santa Catarina, demonstrou que a maioria dos indivíduos cujo teste para o VIH foi positivo, possuíam um baixo nível de escolaridade.

Uma das armas mais importantes para mobilizar as mulheres na luta contra o VIH/SIDA é a educação e o acesso à informação (Rocha, 2007). A corroborar esta ideia, Anderson, Brackbill e Mosher (1996) apresentam os resultados de um estudo desenvolvido com uma amostra de mulheres ( $n=932$ ), com idades compreendidas entre os 17 e os 44 anos, onde verificaram que ter um nível de escolaridade inferior ao secundário estava associado a uma menor probabilidade da utilização do preservativo. Uma outra investigação desenvolvida por Hasnain, Levy, Mensah, e Sinacore (2007), objectivou analisar a associação entre o nível de habilitações literárias e o risco para o VIH/SIDA entre população afro-americana (184 homens e 159 mulheres), usuária de drogas. Os resultados deste estudo evidenciaram que os usuários de drogas com um nível de ensino inferior ao médio estavam mais susceptíveis a comportamentos de risco para o VIH do que os seus congéneres com um nível de escolaridade superior. Neste seguimento, uma investigação desenvolvida por Pechansky, Diemen, Inciardi, Surratt e Boni (2004), com indivíduos de ambos os sexos ( $n=695$ ), usuários de drogas, também concluiu que os indivíduos que possuíam menor nível de escolaridade eram os que se encontravam no grupo de infectados pelo VIH. Estes resultados levam os autores a concluir que, genericamente, estudar mais anos e estar mais apto a receber e manusear informação, está associado a um menor nível de infecção entre usuários de drogas.

Nos E.U.A, um país onde se verifica uma clara desproporção racial no que se refere à incidência de VIH entre a população feminina, estando as mulheres afro-americanas altamente representadas em termos de infecção pelo VIH, em comparação com todas as restantes (Ickovics, Beren, Grigorenko, Morrill, Druley & Rodin, 2002), verifica-se que, quando detentoras de um nível de escolaridade superior, os seus indicadores para comportamentos sexuais de risco são idênticos ou similares aos das caucasianas. Davis, Sloan, MacMaster e Kilbourne (2007) desenvolveram uma investigação com uma amostra de estudantes universitárias caucasianas e afro-americanas ( $n=156$ ), cujo objectivo passou por examinar as diferenças raciais no que se refere aos conhecimentos acerca do VIH e às práticas sexuais. Os resultados do presente estudo demonstraram que, nesta amostra, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos raciais no que se refere às intenções para o sexo casual, o uso do preservativo, os níveis de auto-eficácia e as atitudes face ao sexo

seguro. Estes resultados são indicadores de que o nível de escolaridade influencia a protecção sexual, ou seja, quando possuidoras de um nível de escolaridade superior, as mulheres pertencentes a minorias representativas de altos níveis de infecção, têm resultados similares a mulheres provenientes de outros grupos ditos mais protegidos.

Os resultados de uma investigação desenvolvida por Holmes e colaboradores (2008) sugerem que o nível de escolaridade também influencia a utilização do preservativo feminino. Os resultados deste estudo, desenvolvido com uma amostra de mulheres afro-americanas ( $n=280$ ) demonstraram que aquelas que tinham um nível de escolaridade superior, possuíam três vezes mais probabilidade de utilizarem o preservativo feminino do que as mulheres que possuíam um nível de escolaridade mais baixo.

Os resultados de um estudo desenvolvido por Vavrus (2006), com jovens estudantes ( $n=277$ ), naturais e residentes na Tanzânia, sugerem que um maior nível de alfabetização está associado a um maior nível de conhecimentos sobre VIH/SIDA. Neste estudo a variável “alfabetização” mostrou-se significativa quando relacionada com o nível de conhecimentos acerca do VIH. No entanto, o impacto do nível de alfabetização não é o mesmo para meninos e meninas. Em determinadas escolas de algumas das aldeias estudadas, verificou-se que, apesar das meninas terem um maior nível de literacia do que os meninos, estes encontravam-se melhor informados do que elas acerca das questões relacionadas com o VIH/SIDA. Esta constatação leva o autor a concluir que as meninas encontram muitos obstáculos sociais e culturais, relacionados com questões de autonomia e poder de género, que as impedem de colocar em prática grande parte dos conhecimentos aprendidos.

Em África, as mulheres representam o grupo populacional com menor nível de escolaridade, tendo estas níveis de analfabetismo muito elevados, principalmente quando comparados com os dos homens. Entre outros motivos, isto deve-se ao facto de, entre famílias pobres, as meninas serem as primeiras a abdicar da escola ou serem retiradas dela para irem trabalhar e contribuir monetariamente para o orçamento familiar (UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005). Um relatório da UNICEF (2004) descreve que a percentagem de mulheres jovens africanas (com idades compreendidas entre os 15-24 anos) que possui um bom nível de conhecimentos acerca do VIH/SIDA dificilmente ultrapassa os 40%. O mesmo documento destaca o caso de Ruanda, onde revela que, neste país, quanto maior é o nível de escolaridade, maior é o nível de conhecimentos acerca do VIH/SIDA: apenas 10% das mulheres sem qualquer tipo de escolaridade

possui conhecimentos correctos acerca do VIH; a percentagem aumenta para mais de 20% quando possuem o ensino primário, e ultrapassa os 50% quando possuem o ensino secundário e superior. Ainda com base no mesmo relatório, no que se refere a comportamentos sexuais de risco, dando como exemplo jovens da Zâmbia, verifica-se que, aquelas que não possuem qualquer tipo de nível de escolaridade incorrem em mais comportamentos de risco (sexo sem preservativo com um ou múltiplos parceiros) do que aquelas que possuem algum nível de escolaridade; as mais protegidas são as que possuem o nível secundário ou superior. Uma investigação desenvolvida na África do Sul por Haile, Chambers e Garrison (2007), com população feminina e masculina ( $n=429$ ), evidenciou, mais uma vez, que um maior nível de conhecimentos acerca do VIH encontrava-se claramente associado a um maior nível de escolaridade. Conforme aumentou o nível educacional dos participantes, verificou-se mais conhecimentos acerca do SIDA, mais precisão acerca das causas e formas de transmissão, diminuição das crenças e mitos erróneos, e diminuição do preconceito em relação aos testes para o VIH.

A literatura tem sugerido que, entre homens jovens e solteiros, os mais instruídos em termos de escolaridade também são os que mais usam o preservativo (Douthwaite & Saroun, 2006). Neste seguimento, também um estudo desenvolvido por Sunmola (2005), com camionistas nigerianos, demonstrou que dos poucos entrevistados que relataram usar sistematicamente o preservativo, todos possuíam o ensino secundário como escolaridade mínima. Este é um facto importante a reter, na medida em que provavelmente, o nível de escolaridade dos homens poderá facilitar o processo de negociação com as mulheres. Será correcto considerar que há uma menor probabilidade de risco sexual com homens mais instruídos, que mais facilmente acedem e usam o preservativo.

Em Moçambique, de acordo com o Ministério da Juventude e dos Desportos (2000), a educação e o acesso à escola tem sido o factor protector chave para a saúde sexual e reprodutiva de muitas mulheres jovens. No entanto, é de lamentar que apenas 5% da população feminina moçambicana frequente o ensino secundário. O VIH/SIDA em Moçambique é um flagelo tal que são dados conteúdos específicos sobre o VIH/SIDA nas escolas de ensino básico (Bila, Gomes, Juvane, Fonseca & Kolesnikov, 2002). Porque é reconhecida a importância do papel da escola e do nível e qualidade de instrução na luta contra o SIDA, há uma preocupação crescente em saber se os próprios professores moçambicanos estão preparados para lidar com estas questões e as dúvidas dos alunos. Neste âmbito, Cauldwell, Aragon, Ken, Tallarico e Barreto (2002),

desenvolveram um estudo que avaliou os conhecimentos dos professores moçambicanos em relação ao SIDA, tendo concluído que, de uma forma geral, os professores avaliados demonstraram bons conhecimentos acerca do SIDA, uma atitude positiva perante as pessoas infectadas, e confiança nas suas capacidades para leccionarem estas temáticas. No entanto, os autores realçam que ainda é de lamentar o facto de ter havido professores que mencionaram ser possível ter relações sexuais desprotegidas “com pessoas que parecem saudáveis” e que não identificam claramente os meios de contágio, havendo quem mencionasse que algumas formas de contacto directo e indirecto (que não os reais) podem transmitir o VIH/SIDA (e.g. apertar a mão de um colega infectado).

Na opinião de Snelling e colaboradores (2007), o nível educacional influencia o nível de conhecimentos acerca do SIDA, dando o seu contributo no sentido da protecção. Em teoria, pessoas com maior nível de literacia têm mais capacidade para aceder e compreender informação relativa à protecção contra o SIDA, o que, por sua vez, eleva a percepção de risco e a motivação para a prática do sexo seguro. Em contrapartida, pessoas com um nível de escolaridade inferior, podem ter conhecimento da existência da doença, mas não responder adequadamente aos riscos devido à ausência de conhecimentos acerca dos meios de protecção. Esta última realidade ainda é bem visível em muitos países em vias de desenvolvimento, onde o nível de literacia das suas populações é muito baixo.

Os países em vias de desenvolvimento que apresentam menores níveis de literacia entre a população adulta são aqueles que também apresentam maiores níveis de prevalência em termos de VIH/SIDA (Gregson, Waddell, & Chamdiwana, 2001). Quanto mais elevado for o nível de literacia e escolarização, maior acesso as pessoas terão à informação sobre SIDA, dentro e fora do contexto escolar (Vavrus, 2006). No entanto, para ser eficaz, o trabalho educativo para a prevenção do VIH/SIDA deve partir da perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos e incluir uma análise das desigualdades económicas e sociais entre os géneros, que ainda persistem na maioria das sociedades mundiais (Rocha, 2007).

## **b. Idade**

A literatura tem sugerido que as mulheres mais jovens são particularmente vulneráveis à infecção pelo VIH/SIDA (Martingo, 2002), porque, frequentemente, incorrem em mais comportamentos sexuais de risco, abuso de substâncias e experimentam maior *distress* psicológico (Morrison-Beedy, Carey, Feng & Tu, 2008).



Os dados epidemiológicos também nos fornecem informação neste sentido, dado verificar-se uma elevadíssima taxa de mulheres jovens infectadas (UNAIDS, 2008). A começar por características fisiológicas, as mulheres mais jovens estão mais susceptíveis, na medida em que o epitélio do colo do útero é mais susceptível às infecções, quer pelo SIDA, quer por outros agentes infecciosos de transmissão sexual (Martingo, 2002). Em termos psicossociais, as mulheres jovens também são as mais vulneráveis para o VIH/SIDA. Na opinião de Villela e Doreto (2006), a própria definição de juventude engloba o conceito de irresponsabilidade e ousadia, não sendo o comportamento sexual uma excepção a esta regra. Os jovens arriscam no que se refere ao comportamento sexual, na medida em que tendem a ter muitas relações sem protecção, mesmo havendo alternância de parceiros (Feijó & Oliveira, 2001).

Para além dos dados epidemiológicos que nos demonstram que as mulheres jovens são muito afectadas pelo SIDA, sabe-se que estas também são as mais afectadas por outras ISTs (Wingood & Diclemente, 2002). A literatura tem vindo a referir que as mulheres jovens estão mais susceptíveis a infectarem-se pelo SIDA, porque envolvem-se em mais relações de risco (Snelling, 2007). Este comportamento sexual de alto risco é, muitas vezes, atribuído às pressões de grupo para se iniciarem na vida sexual, contrariando o controle parental (Hulton et al., 2000; cit. por Snelling, 2007), e ainda às percepções de baixo risco que os jovens/adolescentes tendem a ter, apesar de incorrerem em comportamentos sexuais desprotegidos (Zambuko & Mturi, 2005; cit. por Snelling, 2007). O número de novos casos de infecção entre os jovens tem aumentado, numa altura em que a proporção global de pessoas a viver com o vírus tem diminuído (UNICEF, 2002; cit. por Canavarro, Pereira & Morgado, 2003). Estima-se que, das novas infecções que têm ocorrido em termos de VIH, pelo menos metade ocorram entre pessoas com menos de 25 anos e por via da transmissão sexual (Koniak-Griffin, Lesser, Uman & Nyamathi, 2003; cit. por Canavarro, Pereira & Morgado, 2003).

Uma investigação desenvolvida por Benseley, Van Eenwyk e Simmons (2000), demonstrou que mulheres jovens brasileiras (com menos de 35 anos), têm duas vezes mais probabilidades de relatarem comportamentos sexuais de risco para o VIH/SIDA do que as mulheres mais velhas (com idades compreendidas entre os 35 e os 49 anos). Uma outra investigação desenvolvida por Olinto e Galvão (1999), com o objectivo de caracterizar, em termos de saúde reprodutiva uma amostra de mulheres brasileiras ( $n=3002$ ) casadas ou em união consensual, demonstrou que, deste grupo, as mulheres

mais jovens (15-19 anos) foram as que menos relataram solicitar o uso do preservativo aos seus parceiros (3,6%), dentro da relação conjugal.

No que respeita ao continente africano, as mulheres jovens estão particularmente em risco. Estima-se que, nos últimos anos, 6% a 11% das mulheres africanas com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, estavam infectadas pelo VIH/SIDA (UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005). Mabala (2006) refere que situações de desigualdade económica, aliada a desigualdades sociais e nas relações de poder, são as principais razões que colocam as mulheres em risco para o SIDA. No entanto, as mais jovens são aquelas que se encontram em maior risco, pois todas estas variáveis afectam-nas de forma mais intensa. No seguimento desta ideia também Parker e Camargo Jr. (2000) referem que as mulheres pobres, mais jovens, estão mais vulneráveis ao VIH/SIDA do que as mais velhas pertencentes ao mesmo grupo social. De acordo com os autores supracitados, a vulnerabilidade da mulher para o VIH/SIDA é determinada por uma série de factores contextuais e psicossociais (e.g. pobreza, desigualdade nas relações de género, desigualdades sociais) que afectam sobretudo as mulheres mais jovens, provavelmente, pela sua inexperiência e imaturidade quando comparadas às mulheres mais velhas.

As mulheres jovens são especialmente vulneráveis ao VIH, principalmente em contextos socioeconómicos desfavorecidos, como é o caso dos países pertencentes ao continente africano. Por exemplo, no Uganda, embora as estatísticas tenham vindo a demonstrar que as taxas de infecção tenham decrescido 50% desde os primeiros casos diagnosticados, a verdade é que a taxa de incidência ainda é seis vezes maior nas adolescentes quando comparada com os adolescentes do sexo masculino pertencente ao mesmo escalão etário. Noutros países em vias de desenvolvimento, como é o caso do Azerbaijão e Uzbequistão, um terço dos adolescentes do sexo feminino nunca ouviu falar do VIH/SIDA (UNAIDS, 2002; cit. por Canavarro, Pereira & Morgado, 2003).

Em Moçambique, uma investigação conjunta da Cooperação Brasil-Moçambique e do Ministério da Saúde (2000), com jovens provenientes de Maputo, com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, de ambos os sexos, evidenciou que o preservativo ainda é um instrumento pouco aceite entre a população adolescente deste país. As jovens, apesar de reconhecerem o risco da dispensa do uso do preservativo, consideram que a apresentação dele abala a confiança que existe com o parceiro. Na opinião das participantes do sexo feminino, principalmente a primeira relação sexual deve ocorrer sem preservativo, para que a experiência seja autêntica. Este aspecto é

muito preocupante, na medida em que se sabe que, em África, existe a crença de que ter relações sexuais com uma mulher virgem elimina o vírus do VIH do corpo de um homem que se encontre infectado (Andersson, Ho-Foster, Matthis, Marokoane, Mashiane et al., 2004). Ainda de acordo com os resultados da investigação desenvolvida pela Cooperação Brasil-Moçambique e pelo Ministério da Saúde (2000), observou-se que os jovens participantes possuíam um baixo nível de conhecimentos acerca das formas de prevenção e transmissão do VIH, o que indicou relacionar-se com um alto nível de percepção de invulnerabilidade. Também o preconceito face ao preservativo é altamente visível no discurso de vários jovens que participaram neste estudo, observando-se afirmações como “usar o preservativo é como comer banana com casca” ou “tomar banho com a capa de chuva”.

A literatura também tem vindo a referir que a idade precoce para a primeira relação sexual está associada a uma maior exposição à actividade sexual e a maiores probabilidades de acumulação de diversos parceiros sexuais. Este longo período de exposição correlaciona-se com maiores riscos para as ISTs, entre as quais, o VIH (Konings, 1994; cit. por Snelling, 2007). As mulheres jovens cujos parceiros são bastante mais velhos (10 anos ou mais) também se encontram especialmente vulneráveis a comportamentos sexuais de risco (Langen, 2005).

Em suma, a literatura tem-nos sugerido que a adolescência/juventude é uma etapa particularmente fértil para o desenvolvimento de comportamentos de risco, nomeadamente, sexuais, que comprometem os factores de protecção relativamente ao VIH nas jovens. No entanto, deve-se ter em atenção que estes factores são particularmente alarmantes em contextos desfavorecidos, onde estas mulheres jovens já se encontram vulneráveis a muitos outros níveis, dando espaço para o VIH se desenvolver exponencialmente.

### **c. Estado Civil**

A literatura tem vindo a referir que ser casado ou viver com o companheiro é um factor de protecção sexual; isto porque estar casado é susceptível de reduzir a frequência de relacionamentos ocasionais (Akawara, 2003, cit. por Snelling, 2007).

Uma investigação desenvolvida por Santos, Buchalla, Filipe, Bugamelli, Garcia e Paiva (2002), com o objectivo de, entre outros aspectos, traçar o perfil sócio-demográfico das mulheres seropositivas estudadas ( $n=148$ ), concluiu que a grande maioria (67,6%) não era casada, nem vivia maritalmente. A maioria das mulheres

seropositivas avaliadas possuía o estatuto de solteiras (28,4%), separadas (9,5%), e viúvas (29,7%), ou seja, eram não comprometidas. Um estudo desenvolvido por Wilson (2003), com uma amostra de mulheres solteiras e casadas ( $n=260$ ), indicou que as mulheres solteiras relataram sentir-se mais vulneráveis ao VIH, assim como, a outras ISTs, tendo evidenciando também maior probabilidade para incorrerem em comportamentos sexuais de risco, do que as mulheres casadas. Uma outra investigação desenvolvida por Illa, Brickman, Saint-Jean, Echenique e colaboradores (2008), com população seropositiva, adulta, de ambos os sexos (125 homens e 85 mulheres), demonstrou que a grande maioria da amostra possuiu várias relações sem compromisso, nos últimos tempos, o que foi apontado como um dos factores de risco para o estado de seropositividade. Também Davis, Johnson Randolph e Liberty (2006) desenvolveram um estudo com consumidores e vendedores de drogas, de ambos os sexos, cujos resultados corroboraram os expostos anteriormente, na medida em que demonstraram que os participantes que se encontravam separados, divorciados ou viúvos possuíam duas vezes maior probabilidade de estarem infectados pelo VIH do que os casados.

Apesar de ser solteiro ou viver sem o companheiro oferecer maior motivação e oportunidade para as relações casuais, a verdade é que, por outro lado, a literatura também sugere que impulsiona uma maior utilização do preservativo (Akawara, 2003, cit. por Snelling, 2007). Neste seguimento e corroborando esta ideia, um estudo desenvolvido por Pinho, Berquó, Lopes, Oliveira, Lima e Pereira (2002), entre outros aspectos, objectivou traçar o perfil dos usuários de preservativo na amostra estudada ( $n=3600$ ), constituída por indivíduos de ambos os sexos, tendo encontrado algumas considerações relevantes no que se refere à variável “estado civil”. Os resultados do presente estudo demonstraram que 57% dos utilizadores do preservativo eram indivíduos solteiros. Os próprios autores apontam uma justificação para este facto: o preservativo é utilizado sobretudo como meio contraceptivo, sendo que as pessoas casadas tendem a optar por outros meios (e.g. contraceptivos orais), que não os preservativos.

Embora se encontre alguma controvérsia entre diferentes estudos, a literatura e o resultado de várias investigações apontam para que as mulheres solteiras e/ou descomprometidas se encontrem em maior risco no que se refere a comportamentos sexuais de risco, pelo facto de estarem mais susceptíveis a terem múltiplos parceiros (Akawara, 2003, cit. por Snelling, 2007; Wilson, 2003). No caso de algumas culturas africanas, o panorama poderá ser diferente e podemos considerar que o casamento é um

risco para a mulher, na medida em que frequentemente se trata de um casamento forçado. Embora não haja muitos estudos sobre esta temática, sabe-se que entre várias culturas africanas, o casamento forçado ainda é uma prática vulgar (UNESCO & SAFAIDS, 2001), o que colocará a mulher em risco para uma vida sexual desprotegida, na medida em que a coerção e subordinação começam logo na própria escolha do parceiro.

#### **d. Situação Laboral**

A situação laboral em que as mulheres se encontram pode influenciar o curso da sua vida sexual e, neste contexto, colocá-las em risco para o VIH/SIDA. A literatura tem sugerido que a dificuldade da mulher em tomar uma posição firme dentro da relação conjugal, necessária à negociação do sexo seguro, está muitas vezes associada à dependência económica em que se encontram face aos seus companheiros (Alves et al., 2002; Martingo, 2002; Zierler & Krieger, 1997). Quer isto dizer que, estando desempregadas, as mulheres dependem economicamente dos seus parceiros, podendo esta dependência determinar um desigual poder na relação, nomeadamente, no que se refere à negociação do sexo seguro. Os resultados de um estudo desenvolvido por Wingood e DiClemente (1998b), com mulheres afro-americanas, demonstraram que aquelas que se encontravam em situação precária em termos laborais e usufruíam de um plano de ajuda à família, possuíam 3 vezes mais probabilidade de relatarem a não utilização do preservativo, no decorrer dos últimos três meses, do que as mulheres que se encontravam com o estatuto de empregadas. A literatura tem vindo a sugerir que depender economicamente do parceiro para o sustento da casa e da família está associado a um menor uso do preservativo, quando comparado com mulheres que não se encontram nesta situação de dependência económica (Wyatt & Dunn, 1991; cit. por Zierler & Krieger, 1997).

Tão preocupante como o desemprego, poderá ser o emprego precário, onde a prostituição ocupa a posição de maior risco no que se refere a comportamentos de risco para o VIH/SIDA. Sabe-se que a prostituição é uma actividade de elevado risco para o SIDA, na medida em que, para além de se relacionarem com múltiplos parceiros, por motivos de ordem económica, muitas prostitutas facilmente dispensam o uso do preservativo quando os clientes assim o solicitam (Gune, 2008).

O desemprego ou o emprego precário pode levar as mulheres a entrar em situação de pobreza, o que, como se verá de seguida, tem influência no risco para o

VIH/SIDA. Em situação de vulnerabilidade de emprego, a dependência económica é maior, posição esta que coloca as mulheres em condições desfavoráveis para decidir quando e com quem ter relações sexuais, assim como, para negociar o uso do preservativo ou recusar ter relações sexuais não protegidas (Martingo, 2002). Nesta situação, muitas mulheres vêem-se obrigadas a dar prioridade ao risco como forma de sobrevivência (Mabala, 2006).

No que se refere ao continente africano, sabe-se que existem significativas disparidades de género nas oportunidades de emprego, com uma maior proporção de mulheres ocupando posições de nível mais baixo e que requerem menos qualificação em comparação com os homens, auferindo também de salários inferiores (UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005). Tal como se referiu anteriormente, este facto é preocupante, principalmente num continente como África (onde o VIH se propaga desproporcionalmente), na medida em que as mulheres se encontram em relações de poder desiguais, que dificultam a negociação do sexo seguro.

#### **e. Pobreza**

A pobreza influencia o estado de saúde das populações. Wagstaff (2002) apresenta uma sistematização do designado ciclo da pobreza e da saúde que evidencia claramente a articulação e interdependência existente entre variáveis de saúde e a sua influência nas situações de pobreza. A pobreza está ligada a um pior estado de saúde e este repercute-se numa procriação de maior pobreza.

Quando se fala especificamente em SIDA, a situação não é diferente. As desigualdades económicas, aliadas às desigualdades nas relações de poder, têm um papel preponderante na transmissão do VIH, principalmente, junto do grupo populacional mais vulnerável, que são as mulheres (Zungu-Dirwayi, Shisana, Louw & Dana, 2007). A incidência de doenças sexualmente transmissíveis, entre as quais o SIDA, está fortemente vinculada à pobreza (UNESCO, 2001). Aliás, nos últimos anos, o VIH/SIDA tem sido descrito como a doença da pobreza (Gregson, Waddell, & Chamdiwana, 2001). Nos países com a mais elevada prevalência de VIH/SIDA verifica-se que há uma forte ligação entre a doença e a pobreza (Pitayanon et al., 1994; cit. por Elsey, Tolhurst & Theobald, 2005). Estudos efectuados nos E.U.A têm evidenciado que a incidência de VIH/SIDA é entre 2 a 13 vezes maior nas áreas consideradas de baixa renda, quando comparada com as áreas de alta renda (Zierler & Krieger, 1997). A literatura tem vindo a referir também que o VIH afecta desproporcionalmente mulheres

provenientes de contextos socioeconómicos mais desfavorecidos (Ickovics, Beren, Grigorenko, Morrill, Druley & Rodin, 2002).

Na opinião de Mabala (2006), o VIH/SIDA floresce sobretudo em ambientes de pobreza e falta de coesão social, sendo que as pessoas mais afectadas pela doença são aquelas que já se encontravam afectadas pelos efeitos negativos desses ambientes. As pessoas pobres estão mais vulneráveis à infecção pelo VIH, mas também são as menos capazes de lidar com a situação de seropositividade, o que aumenta a situação de pobreza (Pitayanon et al., 1994; cit. por Elsey, Tolhurst & Theobald, 2005; TEARFUND, 2005). Ou seja, denota-se assim uma forte associação entre doença e pobreza.

Dados relativos ao continente africano, demonstram que o VIH/SIDA propaga-se mais e de forma mais rápida em contextos onde a pobreza é visível (UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005). Desde os primeiros estudos de cariz psicossocial sobre o SIDA, que se tem apontado uma forte associação entre a pobreza e a vulnerabilidade para a doença. De acordo com os resultados de uma investigação levada a cabo por Ickovics, Beren, Grigorenko, Morrill, Druley e Rodin (2002), as mulheres com menor nível de rendimentos são aquelas que demonstram níveis mais elevados de *stress* e parceiros sexuais mais arriscados. Segundo Parker e Camargo (2000), a pobreza facilita a transmissão do VIH/SIDA através de três categorias de factores distintos, mas interligados: o subdesenvolvimento económico; a mobilidade social, incluindo migração, trabalho sazonal, e convulsão social resultante de guerras e instabilidade política; e desigualdades de género. A dependência económica, assim como, a dificuldade para o auto-sustento, colocam as mulheres em condições desfavoráveis para decidir quando e com quem ter relações sexuais, assim como, para negociar o uso do preservativo ou recusar ter relações sexuais não protegidas (Martingo, 2002), colocando-as num elevado risco para a infecção pelo VIH/SIDA. Neste seguimento e de acordo com Mabala (2006), em situação de pobreza, muitas mulheres vêm-se obrigadas a dar prioridade ao risco como forma de sobrevivência. Esta prioridade prende-se com aspectos também referidos por Logan, Cole e Leukefeld (2002), quando sugerem que as mulheres pobres podem encontrar-se num perigo contínuo, pois, frequentemente encontram-se mais preocupadas com a aquisição de abrigo ou alimento, e com a sua segurança e dos seus filhos, do que propriamente em protegerem-se contra o VIH/SIDA. As mulheres com vidas estabilizadas economicamente têm mais probabilidade de se preocuparem com comportamentos sexuais protegidos.

Uma investigação desenvolvida por Ferreira (2003), com 3600 indivíduos brasileiros, cujo objectivo passou por avaliar a incidência de VIH e ISTs em grupos com diferentes características (sem informação e sem percepção de risco, sem informação e com alguma percepção de risco, com informação e sem percepção de risco, e com informação e alguma percepção de risco), permitiu verificar que 23% da amostra estudada encontrava-se no grupo de maior risco, ou seja, sem informação e sem percepção de risco, tratando-se de indivíduos com um perfil socioeconómico dentro dos níveis da pobreza. Já o quarto grupo, composto por indivíduos com informação e alguma percepção de risco, representava 26,5% da amostra e apresentava bons indicadores socioeconómicos. Os resultados deste estudo permitem solidificar a ideia de que o nível socioeconómico influencia o risco face ao SIDA, nomeadamente, nas componentes informativa e de percepção de risco.

Tal como se verificou anteriormente, a literatura indica-nos que as mulheres mais pobres tendem a dar primazia a outros aspectos da sua vida que não a promoção da saúde sexual e prevenção de comportamentos de risco. Por outro lado, deve-se colocar a hipótese de que estas simplesmente não possuem recursos económicos que as apoiam neste tipo de comportamentos. Uma investigação desenvolvida por Anderson, Brackbill e Mosher (1996) demonstrou que as mulheres que possuíam um rendimento, pelo menos, três vezes superior ao nível da pobreza, tinham maiores probabilidades de utilizarem o preservativo na protecção contra as ISTs, do que aquelas que possuíam um rendimento inferior. Outra situação que dispensa o uso do preservativo decorre da prática de relações sexuais associadas a necessidades económicas e à procura desesperada de recursos materiais ou financeiros para a satisfação de necessidades básicas, onde frequentemente se recorre à prostituição para conseguir satisfazer tais necessidades (Gune, 2008). Efectivamente, sabe-se que a pobreza leva a que mulheres, principalmente jovens, se prostituam em troca de bens, o que está associado a uma impossibilidade de negociar o sexo seguro (Hulton et al., 2000; Zabuko & Mturi, 2005; cit. por Snelling, 2007). Em contrapartida, aquelas mulheres que vivem em agregados familiares mais avantajados em termos económicos, são aquelas que tendem a ter maior acesso a informação e aos meios de protecção (Snelling, 2007).

Em África, nas últimas décadas, o número de pessoas pobres aumentou em mais de 82 milhões, sendo que as mulheres representam mais de 70% desse aumento (UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005). As principais causas da pobreza na mulher africana devem-se a relações de poder desiguais entre homens e mulheres, direitos



discriminatórios a heranças, e falta de acesso a propriedades e recursos produtivos (UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005). A disseminação da pobreza feminina repercute-se ao nível da saúde e da educação (UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005), o que contribui para a manutenção do estado de pobreza nas mulheres africanas. Devido à pobreza e a muitas determinantes de género, em Moçambique, a pressão exercida sobre as mulheres para contribuírem para o orçamento familiar, afasta-as da escola, o que as obriga a limitarem-se às tarefas domésticas, ao cuidado dos doentes, ao trabalho precário, e ao casamento precoce (na expectativa do dote). Todas estas situações abrem caminho para a exploração, nomeadamente, o abuso, o tráfico e a exploração sexual (Floriano, 2006), que, por sua vez, facilita a infecção pelo VIH/SIDA.

Os resultados de um estudo desenvolvido em Moçambique por Silva e Andrade (2005), com jovens de ambos os sexos, demonstrou que é frequente as meninas, dentro e fora da escola, praticarem sexo em troca de favores materiais, devido à pobreza que se vive neste país. Os exemplos utilizados para ilustrar esta situação são os de jovens que mantêm relações sexuais com homens muito mais velhos, mas com poder económico, entre estrangeiros e directores, ou ainda professores e outros indivíduos socialmente bem posicionados, em troca de favores materiais. É de realçar que, na maioria destes casos, estas relações sexuais não são protegidas, colocando a saúde destas mulheres em risco para a infecção pelo VIH e outras ISTs.

Uma outra investigação desenvolvida em contexto africano, com educadoras sul-africanas ( $n=24.200$ ), cujo objectivo passou por identificar os determinantes sociais envolvidos na vulnerabilidade para a infecção pelo VIH, demonstrou que a prevalência de VIH neste grupo recaía sobretudo em educadoras cuja situação social se caracterizava por baixa renda e baixas qualificações ao nível de escolaridade (Zungu-Dirwayi, Shisana, Louw & Dana, 2007). Brook, Morojele, Zhang e Brook (2006) também avaliaram um modelo teórico, que lhes permitiu verificar que a pobreza, juntamente com problemas relacionais com os pais, era uma das variáveis mais associadas a comportamentos de risco sexual entre adolescentes sul-africanos de ambos os sexos ( $n=633$ ). De acordo com o modelo que resultou desta investigação, os autores teorizam que o ambiente de pobreza facilita a existência de um ambiente familiar mais problemático e conflituoso, o que se repercute nos traços de personalidade dos adolescentes, sugerindo que estes se tornam mais associados ao sexo oposto e à prática de relações sexuais desprotegidas, como forma de amortecerem o tipo de relação instável com os pais.

De acordo com a TEARFUND (2005), as pessoas pobres, principalmente as mulheres, estão mais vulneráveis ao VIH devido a uma série de razões: (1) têm menos poder de escolha; (2) têm mais dificuldades socioeconómicas que as obrigam a atender primeiramente às necessidades imediatas, recorrendo a meios de subsistência como o sexo comercial (não tendo instrução suficiente para conseguir trabalho de outra forma); (3) são menos capazes de se proteger contra a infecção, pois têm menor acesso à informação porque, frequentemente, não sabem ler nem escrever, ou vivem nas periferias, onde a informação e as campanhas não são tão frequentes; (4) e estão menos conscientes dos seus direitos como, por exemplo, a protecção contra a exploração económica e sexual. Pode-se assim concordar com Mabala (2006) que refere que a situação de desigualdade económica, aliada a desigualdades sociais e nas relações de poder, são as principais razões para a colocação das mulheres (especialmente as mais jovens) em risco para o VIH/SIDA.

A pobreza é um dos determinantes de vulnerabilidade para o VIH/SIDA (Ayres, 2002), em parte porque as ISTs, entre as quais, o VIH, estão mais presentes em contextos sociais mais pobres (Bastos & Szwarcwald, 2000), onde encontram terreno fértil para se propagarem. De acordo com Parker e Camargo Jr. (2000), o surgimento da epidemia do VIH/SIDA deu-se numa época de simultaneidade com grandes transformações sociais e económicas a nível global e com formas de organização social e económica em rede. Esta forma de organização social em redor das elites económicas, contribuiu para a criação de novas formas de exclusão social e extremos de desigualdade e pobreza em todo o mundo, evidenciando-se segmentos populacionais de diferenciação social e pobreza capazes de alcançar dimensões continentais, como é o caso da África Subsariana. O facto da epidemia global do VIH/SIDA ter surgido durante o período em que tais transformações económicas se deram, terá sido um acidente histórico. No entanto, a relação entre a evolução da epidemia e as consequências disseminadas destas mudanças, não. Os países pobres e marginalizados em termos económicos e sociais foram aqueles que mais vulneráveis se tornaram à infecção e menos capazes estão de cuidar dos seus doentes seropositivos.

Um estudo do Banco Mundial, desenvolvido em 72 países, mostrou que elevadas taxas de infecção pelo VIH estavam altamente associadas com baixa taxas nacionais de riqueza e desigual “distribuição de renda”. Isto é particularmente verdadeiro quando se fala de mulheres jovens, para quem a pobreza está frequentemente associada a experiências sexuais precoces, múltiplos parceiros sexuais, menores hipóteses de

obtenção e posse de preservativos, experiências sexuais forçadas, etc. Esta situação é agravada pela baixa coesão social que muitas vezes acompanha uma rápida urbanização, como é o caso de várias cidades africanas (Mabala, 2006).

A situação de pobreza e desigualdade económica da mulher dificulta ainda o acesso a informação adequada e actualizada, assim como, aos serviços de saúde (Bastos & Szwarcwald, 2000). Do ponto de vista das intervenções preventivas, as mulheres mais pobres tendem, frequentemente, a ser aconselhadas de forma mais infantilizada e inadequada em matéria de protecção sexual (Giffin & Lowndes, 1999). Outro aspecto negativo na relação VIH/SIDA/pobreza prende-se com a constatação de que o acesso e aceitação das intervenções preventivas relativamente ao VIH/SIDA incidem mais negativamente nas camadas sociais mais pobres, justamente onde as mulheres estão mais desfavorecidas (Bastos & Szwarcwald, 2000; TEARFUND 2005).

Ainda que a pobreza seja um poderoso determinante da vulnerabilidade para o VIH em geral, e para as mulheres em particular, é necessário considerar que mesmo entre comunidades pobres há diferenciais internos de extrema relevância como, por exemplo, o grau de escolaridade, a origem étnica, a cultura religiosa, entre outros aspectos (Ayres, 2002). Embora as mulheres tenham sido cada vez mais incorporadas no mercado de trabalho, numa forma sem precedentes, a verdade é que continuam a ser a face mais visível da pobreza e da exclusão, devido a opressões baseadas na classe, na etnia e nas relações de género (Parker & Camargo Jr., 2000), o que, tal como se pode observar, vulnerabiliza-as de forma intensa em relação à infecção pelo VIH/SIDA.

#### **f. Pertença a Minorias Étnicas**

A exclusão de base étnica é um factor de vulnerabilidade para a infecção pelo VIH/SIDA (Ayres, 2002). A literatura sugere que isto deve-se ao facto das mulheres provenientes de minorias étnicas possuírem menos acesso a tratamentos de ISTs e também a cuidados preventivos de qualidade (Costa, 2007). Nos E.U.A. é notório como as mulheres afro-americanas são as mais desproporcionalmente afectadas pelo SIDA, seguidas das pertencentes a comunidades latinas (Ickovics, Beren, Grigorenko, Morrill, Druley & Rodin, 2002). Estes aspectos prendem-se com questões ligadas à pobreza e a outros constrangimentos sociais. Como já se referiu anteriormente, mulheres em situação de pobreza dão primazia a questões de sobrevivência (e.g. alimentação, alojamento, abrigo, segurança) em detrimento de preocupações ligadas à promoção da

saúde ou a comportamentos sexuais protegidos (Logan, Cole & Leukefeld, 2002; Mabala, 2006). Por outro lado, a discriminação étnica/racial determina padrões de segregação social com consequências na natureza das interações sociais e no acesso a recursos materiais e de poder associados à vulnerabilidade face ao VIH/SIDA como, por exemplo, maior exposição e acesso a drogas (Ayres, 2002).

Também se sabe que grande parte dos indivíduos pertencentes a uma minoria étnica, num dado território, é frequentemente emigrante ou descendente destes. Neste sentido, a literatura sugere que no que respeita às doenças infecciosas, como sejam o VIH/SIDA e as hepatites, as populações que migram estão em maior risco de contrair e expandir estas doenças do que as populações autóctones (Coker, 2003; Fennely, 2004; Gardete & Antunes, 1997; cit. por Dias & Gonçalves, 2007). De acordo com Wang, Li, Stanton, Fang e colaboradores (2007), elevada mobilidade está associada a elevada prevalência de comportamentos sexuais de risco entre as mulheres. Segundo Faria e Ferreira (2002), viver à margem da sociedade e em contiguidade com meios carenciados e criminalidade, como se sabe que vivem muitos migrantes, expõe esta população a um risco acrescido para o VIH/SIDA, duma forma que a população de origem não está. Nestas situações, o SIDA, assim como outras ISTs, encontram terreno socioeconómico e comportamental para crescer e desenvolver-se.

Um estudo de Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira e Linhares (2006), sobre comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao SIDA, em jovens migrantes africanos ( $n=1037$ ), de ambos os sexos, demonstrou que o VIH/SIDA e outras ISTs são problemas de grande dimensão entre esta população, e que o VIH é um assunto tabu, denominado de “*a doença*”. Esta investigação demonstrou ainda que existe bastante prevalência de comportamentos de risco e muito preconceito face ao preservativo, nesta população. Também uma investigação desenvolvida por Wang, Li, Stanton, Fang e colaboradores (2007) com população emigrante chinesa ( $n=1072$ ), evidenciou uma elevada prevalência de ISTs, assim como, elevado índice de comportamentos sexuais de risco. Os resultados de uma investigação desenvolvida por Mishra, Swain e Babu (2008), com população emigrante indiana ( $n=113$ ), de ambos os sexos (56 homens e 55 mulheres) corroboram a ideia de que pertencer a uma minoria étnica e/ou viver como emigrante parece exercer alguma vulnerabilidade no que se refere a alguns conhecimentos acerca do VIH/SIDA. Nesta comunidade, o nível de conhecimentos acerca do preservativo foi efectivamente muito baixo, cerca de 40% dos homens e 38% das mulheres simplesmente não conhecia o preservativo; 33% dos homens e 47% das

mulheres considerou que este apenas serve para evitar a gravidez; e 50% dos homens e 63% das mulheres apresentaram conhecimentos muitos baixos (quase nulos) sobre o VIH/SIDA e outras ISTs, assim como, suas formas de prevenção e contágio. É de salientar que as mulheres são aquelas que mais desinformadas se encontraram, o que acresce o risco para comportamentos sexuais desprotegidos. Tompkins, Smith, Jones, Swindells (2006) também acreditam que as populações migrantes são especialmente vulneráveis às doenças infecciosas, nomeadamente, o VIH. Consideram, portanto, que estes necessitam de considerações especiais no que se refere a cuidados de saúde. Esta constatação adveio de um estudo que elaboraram com um grupo de emigrantes e refugiados sudaneses ( $n=47$ ), tendo os resultados demonstrado que uma parte significativa da população estudada apresentava baixo nível de conhecimentos acerca da infecção e prevenção do VIH, e crenças e atitudes que podem aumentar o risco face à infecção e criar barreiras à prevenção. Por exemplo, uma percentagem significativa da amostra (55%) acreditava ser possível detectar uma pessoa seropositiva pela sua aparência, e 36% acreditava que esta é uma doença que serve de punição a pessoas que fizeram algo de errado. Os autores concluem que é necessário dar atenção às populações emigrantes no que se refere à prevenção do VIH, não esquecendo que se deve intervir de forma culturalmente apropriada junto destes grupos específicos.

Ainda no âmbito da revisão da literatura acerca da pertença a minorias étnicas, como é o de algumas populações emigrantes, como risco para a infecção pelo VIH/SIDA, surge-nos uma investigação desenvolvida por Rosenthal, Scott, Kelleta, Zikarge, Momoh, Lahai-Momoh, Ross e Baker (2003) nos E.U.A, com população emigrante africana. Estes autores desenvolveram uma investigação que passou por avaliar o nível de conhecimentos, assim como, comportamentos e percepções de risco face ao VIH/SIDA em emigrantes africanos ( $n=309$ ), de ambos os sexos (177 homens, 58.4% da amostra; e 126 mulheres, 41.6% da amostra), a residir na cidade de Houston, nos E.U.A. Os resultados deste estudo revelaram que, enquanto grupo, os participantes apresentaram um elevado nível de conhecimentos acerca dos modos de transmissão da doença (será importante ter em linha de conta que 70.9% da amostra possuía um nível de escolaridade superior ao ensino secundário). No entanto, 36.3% da amostra referiu nunca ter utilizado o preservativo, a maioria dos participantes (79.5%) manifestou uma baixa percepção de risco para a infecção pelo VIH, e uma significativa minoria (16.3% das mulheres e 29.9% dos homens) relatou baixo nível de conhecimentos acerca da transmissão vertical. Ou seja, os resultados desta investigação revelam que, nesta

comunidade emigrante africana, apesar de se verificar um elevado nível de conhecimentos acerca da doença, observa-se a presença de outras variáveis de risco para o SIDA, o que continua a colocá-los em risco para a infecção.

A literatura tem vindo a sugerir que também a etnicidade do parceiro parece ter influência na direcção dos comportamentos sexuais das mulheres, nomeadamente, no que se refere à negociação do preservativo. Lam e Barnhart (2006) desenvolveram uma investigação acerca das competências de negociação do uso do preservativo de jovens universitárias ( $n=181$ ), de etnia asiática (chinesa e filipina), em contexto norte-americano, onde foi possível constatar que o grupo étnico do parceiro exerce influência na capacidade destas negociarem a utilização do preservativo. As mulheres que possuíam parceiros de outra etnia que não a mesma que a sua (a asiática), usavam mais competências de negociação e comunicação, quer verbal não-directa (falar indirectamente sobre a utilização do preservativo, utilizando expressões como “teremos que mudar alguma coisa na nossa relação” ou “acho que temos que usar preservativos XL”), quer não verbal directa (e.g. tomar a liberdade de colocar o preservativo no parceiro mesmo não tendo falado nisso previamente), quer não verbal indirecta (e.g. deixar um preservativo na mesa de cabeceira, utilizar jogos de sedução associados à utilização do preservativo), do que as mulheres que possuíam parceiros sexuais asiáticos. Exemplificando, observou-se que, no que se refere às mulheres com parceiros de outras etnias, aproximadamente 70% já utilizou a linguagem verbal não-directa, aproximadamente 90% utilizou a comunicação não-verbal directa, e aproximadamente 52% já utilizou a comunicação não-verbal indirecta na negociação do preservativo com os parceiros. Comparativamente, no que se refere às estudantes com parceiros da mesma etnia, aproximadamente 58% já utilizou a linguagem verbal não-directa, aproximadamente 75% utilizou a comunicação não-verbal directa, e aproximadamente 38% já utilizou a comunicação não-verbal indirecta na negociação do preservativo com os parceiros. Ou seja, a percentagem em todos estes tipos de comunicação é maior no grupo das mulheres com parceiros de etnia diferente da sua (asiática). Já no que se refere à comunicação verbal directa (falar directamente da possibilidade de utilização do preservativo) não há diferenças entre os grupos. Os resultados deste estudo reforçam a ideia de que as características do parceiro, nomeadamente em termos de etnia, influenciam a quantidade e qualidade da comunicação acerca da sexualidade, por parte das mulheres.

Grande parte da literatura desenvolvida nos E.U.A., um país que acolhe muita população proveniente de minorias étnicas, aponta para que as mulheres pertencentes a minorias étnicas são aquelas que, desde há vários anos, têm evidenciado elevada prevalência de SIDA, assim como, têm demonstrado encontrar-se em maior risco para a transmissão (Catania, Coates, Kegeles et al., 1992; Guinan & Leviton, 1995; Locke & Newcomb, 2008; Marin, Tschann, Gomez & Kegeles, 1993). Desde os primórdios do surgimento da doença, as mulheres negras e latinas a residir nos E.U.A. correm um elevado risco de infecção pelo VIH, porque a pobreza e a falta de recursos com que grande parte das mulheres destas comunidades vivem, continuam a mantê-las nas áreas de maior seropositividade (Anastos & Marte, 1989; cit. por Zierler & Krieger, 1997). Nos E.U.A., a população africana apresenta maiores taxas de doença e morte do que os americanos caucasianos ou mesmo de outras minorias (CDC, 2005; cit. por Davis, Sloan, MacMaster & Kilbourne, 2007). No que respeita à incidência de VIH, esta encontra-se claramente associada a contextos sócio-económicos desfavorecidos, situação em que se encontra um grande espectro de população afro-americana, onde vivem com rendimentos iguais ou inferiores ao limiar da pobreza (US Census Bureau, 2000; cit. por Davis, Sloan, MacMaster & Kilbourne, 2007). No Brasil, outro país com muita população multi-étnica (sobretudo população caucasiana e negra), as mulheres negras morrem 2,3 vezes mais por VIH/SIDA do que as mulheres brancas (Batista, 2005). As mulheres afro-americanas são aquelas que, desde o surgimento do SIDA, têm sido desproporcionalmente diagnosticada com a doença, quando comparadas com outros grupos étnicos a residir nos E.U.A (Crosby, Yarber, DiClemente, Wingood, & Meyerson, 2002). Estudos desenvolvidos no seio da população afro-americana têm demonstrado que, em comparação com outros grupos étnicos, este é um grupo populacional onde se constata que existe uma maior tendência para a “hipermasculinidade”, caracterizada pela existência de múltiplas parceiras; e uma maior aversão para o uso do preservativo, por parte do homem (Wolfe, 2003; cit. por Jarama, Belgrave, Bradford, Young, & Honnold, 2007). Outra investigação desenvolvida por Guinan e Leviton (1995) refere que, no início da década de 90, as mulheres afro-americanas e hispânicas representavam mais de 21% dos casos de SIDA existentes nos E.U.A., e que a infecção por VIH/SIDA representava a principal causa de morte, entre as mulheres, em vários estados norte americanos. De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (2008), actualmente, neste mesmo país, a realidade ainda é mais dramática; mais de metade (64%) dos casos de infecção pelo SIDA, entre a

população feminina, corresponde a mulheres negras de descendência africana, sendo a principal causa de transmissão a prática do sexo desprotegido com parceiros infectados. A confirmar esta constatação, Catania, Coates, Kegeles e colaboradores (1992) referem que as mulheres afro-americanas são as que se encontram em maior risco para o VIH/SIDA entre a população norte americana, pois têm menor probabilidade do que as mulheres caucasianas de terem parceiros sexuais que usam consistentemente o preservativo. Já Marin, Tschann, Gomez e Kegeles (1993), baseados nos resultados de um estudo com mulheres hispânicas, referem que estas relatam um menor uso do preservativo quando comparadas às mulheres caucasianas, na medida em que têm crenças mais negativas em relação a este meio de protecção sexual. Como se pode verificar, nos E.U.A., um país que acolhe populações de várias etnias, e onde se tem vindo a desenvolver vários estudos sobre a relação etnia/SIDA, a pertença a uma minoria étnica parece exercer influencia na vulnerabilidade para a infecção.

Wright, Stewart, Fischer, Carlson, Falck, Wang, Leukefeld e Booth (2007) desenvolveram um estudo, tendo em vista identificar as diferenças étnicas e de género para o risco de infecção pelo SIDA, em utilizadores de drogas. Assim, analisaram os resultados de uma amostra de consumidores ( $n=691$ ) de várias zonas rurais norte-americanas. Procederam a análises de regressão logística com seis variáveis dependentes de cariz comportamental: drogas injectáveis, comercialização de sexo para obtenção de droga, comercialização de drogas para obter sexo, uso inconsistente do preservativo, existência de múltiplos parceiros, e utilização de drogas antes dos actos sexuais. Em termos de diferenças de género, os resultados demonstraram que as mulheres se encontravam mais propensas a comercializar sexo para obtenção de drogas, do que os homens ( $p<.0001$ ); e que os homens se encontravam mais propensos a comercializar drogas para obtenção de sexo ( $p<.0001$ ), a utilizar drogas endovenosas ( $p=.01$ ), e a utilizar inconsistentemente o preservativo ( $p=.02$ ), do que as mulheres. No que se refere às diferenças étnicas, os resultados sugerem que os afro-americanos estão menos propensos à utilização de drogas endovenosas do que os caucasianos ( $p<.0001$ ), mas mais propensos a vender sexo por drogas ( $p=.04$ ), a trocar drogas por sexo ( $p=.001$ ), e a utilizar drogas juntamente com os actos sexuais ( $p=.006$ ). Em suma, é possível concluir que este estudo confirma, mais uma vez, a vulnerabilidade da mulher em termos sexuais, visto que estão mais sujeitas a venderem o corpo para obtenção de drogas; e que a população afro-americana também se encontra em maior risco sexual (na troca de drogas por sexo e vice-versa e a utilizarem drogas antes dos actos sexuais).



Um outro estudo, desenvolvido por Rogado e Leal (2000), com população jovem, do sexo feminino, de origem cabo-verdiana (grupo A) e portuguesa (grupo B) ( $n=104$ ), veio reforçar a ideia de vulnerabilidade para o VIH/SIDA das mulheres pertencentes a minorias étnicas. Esta investigação pretendeu comparar os resultados entre grupos no que se refere a crenças e auto-eficácia face ao preservativo, tendo os resultados demonstrado que o grupo de mulheres cabo-verdianas possuía níveis de auto-eficácia e crenças positivas relativamente ao preservativo significativamente inferiores às portuguesas, assim como, resultados significativamente superiores no que respeita a comportamentos sexuais de risco. Também a investigação desenvolvida por Pinho, Berquó, Lopes, Oliveira, Lima e Pereira (2002), no Brasil, com população caucasiana e negra, aponta para o facto de que as mulheres negras (sobretudo casadas), solicitam menos o preservativo, do que as caucasianas. No total, apenas 16% das mulheres negras utilizam o preservativo durante as relações sexuais. Uma outra investigação levada a cabo por Dias, Matos e Gonçalves (2002), com população emigrante africana ( $n=66$ ), a residir em Portugal, de ambos os sexos, também demonstrou que há défices nos conhecimentos e atitudes face ao SIDA, uma baixa percepção de risco, e elevada prática de comportamentos de risco com utilização inconsistente do preservativo.

É necessário ter em linha de conta que muitas das forças que colocam as mulheres de minorias étnicas em risco, têm as suas raízes na própria cultura que as envolve. Neste tipo de ambientes sociais, onde se inserem as minorias étnicas, a família alargada e o próprio meio, normalmente “o bairro”, servem de principal agente de socialização, o que espelha uma estrutura tradicional, onde podem faltar outras influências, muitas vezes vedadas pelo abandono escolar precoce e pelas tarefas domésticas, que desde cedo lhe são impostas (Rogado & Leal, 2000).

Pode-se assim concluir que as mulheres pertencentes a minorias étnicas, frequentemente, possuem menos recursos económicos e vêm-se envolvidas por normas sociais e culturais específicas que podem inviabilizar a consciencialização e procura de comportamentos sexuais seguros. Tal como se pode verificar a partir dos estudos supracitados, as mulheres africanas e descendentes de famílias africanas são aquelas que se apresentam especialmente vulneráveis quando se aborda a questão da etnia como factor de risco para a infecção pelo VIH.

### 1.5.2.2. Factores de Risco Psicossociais

#### a. Vitimização

A violência exercida sobre a mulher incrementa vulnerabilidade na transmissão do VIH/SIDA (Martingo, 2002; WHO AFRO, 2002; Simoni, Sehgal, Walters, 2004; UNAIDS, 2004). Esta questão é da maior relevância, pelo facto do abuso/violência ser outro problema social e de saúde com contornos extensos e problemáticos, em todas as sociedades mundiais (APAV, 2006) e uma das maiores preocupações em termos de saúde pública (Schafer, Caetano & Clarck, 1998), da mesma forma que o VIH é um dos maiores flagelos dos dias de hoje.

A violência contra a mulher pode ser sexual, física, psicológica, económica e laboral (Casique & Furegato, 2006), e tem a sua origem em relações de poder desiguais dentro da família, comunidade ou Estado (UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005). De acordo com a UNFPA (2002), as formas mais comuns de violência contra a mulher são o abuso físico, sexual, e emocional, praticadas frequentemente pelo marido ou parceiro. Várias investigações indicam que 10% a 58% das mulheres já passaram por situações de violência nas suas vidas, praticadas pelo parceiro (UNFPA, 2002). Uma forma de violência muito frequente em África e também altamente aceite socialmente, é a mutilação genital (ONU, 2006; UNFPA, 2002). As mulheres agredidas vivem frequentemente com medo, trauma mental e físico, depressão, ansiedade e PTSD (UNFPA, 2002). Várias investigações demonstram que estas experiências traumáticas podem ter efeitos imediatos e/ou a longo prazo na saúde física e psicológica (Bellenzani & Malfitano, 2006; Casique & Furegato, 2006; Dunkle, Jewkes, Brown, Yoshihms, Gray, McIntyre, & Hariow, 2004; Heinse, 1994; Kimerling et al., 2000; Oshikata, Bedone & Faúndes, 2005; Paiva & Figueiredo, 2003; UNFPA, 2002). As mulheres vítimas de agressão raramente procuram tratamento para o seu trauma agudo (UNFPA, 2002) e frequentemente desenvolvem sintomas de perturbação de stress pós-traumático (PTSD) (Basile et al., 2004). O trauma pode repercutir-se em comportamentos não saudáveis, nomeadamente, comportamentos sexuais de risco para o VIH/SIDA (Casique & Furegato, 2006; Tarakeshwar, Hansen, Kochman, Fox & Sikkema, 2006; UNAIDS, 2004).

Diversas agências das Nações Unidas, tais como, a *Center for Women's Global Leadership* (CWGL), a *United Nations Development Fund for Women* (UNIFEM), a *United Nations Population Fund* (UNFPA), o *United Nations Development Programme*

(PNUD), entre outras (2005), documentam que a relação entre a violência sobre a mulher e a infecção pelo VIH/SIDA dá-se nos dois sentidos (violência incrementa vulnerabilidade para a infecção, e a condição de seropositividade incrementa violência) e encontram-se através de várias vias: (1) transmissão directa através da violência sexual, em que a relação forçada com um indivíduo infectado é uma via de transmissão do VIH e de outras ISTs; (2) transmissão indirecta através de condutas de risco, na medida em que uma relação violenta contra a mulher correlaciona-se com maiores comportamentos de risco, que favorecem a transmissão do VIH, tais como, ausência de protecção durante o acto sexual, abuso de drogas, existência de múltiplos parceiros, e actividade sexual a troco de sobrevivência (sem que seja necessariamente prostituição); (3) transmissão indirecta por incapacidade de negociar o uso do preservativo, na medida em que se sentem mais fragilizadas e com menos competências a este nível; (4) iniciação sexual mais precoce e com homens mais velhos, havendo estudos que referem que mulheres abusadas tendem a iniciar a vida sexual mais cedo e a terem mais parceiros, do que aquelas que não passaram por tal experiência; (5) homens abusivos aumentam o risco de infecção nas suas parceiras, na medida em que estudos revelam que estes, para além de serem violentos, tendem a ter mais relações extra-conjugais, colocando assim as parceiras em risco; e (6) violência como consequência de ser seropositiva, na medida em que há o perigo de ser agredida ou abandonada após comunicação do estado de infecção.

Estudos sobre comportamentos de risco para o VIH sugerem que pessoas com história de abuso e trauma estão em elevado risco (Kimerling et al., 1999; Maia, 2004), havendo uma forte constatação de história de abuso físico, sexual (Cohen et al., 2000; Cunningham et al., 1994; Zierler, 1991) e de violência doméstica (Cohen et al., 2000; Wingood & DiClemente, 1997) entre pessoas que demonstram ter comportamentos de alto risco para o VIH/SIDA. Simoni, Sehgal e Walters (2004), num estudo desenvolvido com 155 mulheres urbanas norte-americanas de origem indiana, constataram que um elevado número destas mulheres (91%), incorreu em comportamentos de risco para o VIH de natureza sexual e/ou relacionado com o uso de drogas, durante o seu percurso de vida. Neste mesmo grupo de mulheres, 37% reportou já ter passado por situações de violência física e 39% por vivências de abuso sexual. Outros estudos demonstram que a elevada exposição a algum tipo de violência é um dos melhores preditores de comportamentos de risco para a infecção pelo VIH/SIDA (Gail, Myers, Williams, Kitchen, Loeb, Carmona, Wyatt, Chin, & Presley, 2002).

Algumas investigações suportam ainda a hipótese de um estado contínuo de risco entre o abuso na infância, a violência doméstica na idade adulta e a elevada prevalência de comportamentos de risco para o VIH/SIDA (Cohen, Deamant, Barkan, Richardson, Young, Holman, Anastos, Cohen, & Melnick, 2000; Dunkle, Jewkes, Brown, Yoshihms, Gray, McIntyre, & Hariow, 2004). Os resultados de uma investigação desenvolvida por Dunkle e colaboradores (2004), com mulheres sul-africanas ( $n=1395$ ) sugerem que a violência em idade precoce encontra-se associada a uma maior probabilidade de violência na idade adulta. Este facto pode ser explicado através da seguinte forma: se estas mulheres vítimas de violência estão mais susceptíveis ao medo de conflito, violação da confiança e potencial abuso verbal ou físico, elas podem mais facilmente evitar abordar a questão do sexo seguro com os seus parceiros (Ickovics & Rodin, 1992) e desenvolver assim comportamentos sexuais de risco. A violência limita a autonomia sexual e reprodutiva da mulher (UNFPA, 2002) e aumenta as probabilidades de convívio com um parceiro que recusa usar o preservativo e com o qual é difícil negociar a sua utilização (Ickovics & Rodin, 1992; UNFPA, 2002). Neste seguimento, uma investigação desenvolvida por Zablotska, Gray, Koenig, Serwadda, Nalugoda, Kigizi e colaboradores (2007), com mulheres jovens (15-24 anos) ugandesas ( $n=3422$ ) demonstrou que 26,9% destas mulheres relatou ter sofrido violência física e 13,4% relatou ter vivido abuso sexual antes de ter relações sexuais, durante o ano anterior. O uso de álcool encontrava-se associado a um maior risco de violência física e de relações sexuais de risco para o VIH/SIDA. As conclusões desta investigação descrevem que o consumo de álcool antes das relações está associado a maior probabilidade de violência física e sexual, ambas solidariamente associadas à infecção por VIH nestas mulheres jovens.

Um estudo desenvolvido por Parillo, Freeman, Collier e Young (2001), com mulheres norte-americanas, demonstrou que há uma forte associação entre comportamentos sexuais de risco para o VIH/SIDA na idade adulta e história de abuso sexual em idade precoce. Numa amostra de 1490 mulheres, 36,6% das mulheres referiu ter sido abusada durante a infância ou adolescência. Este estudo evidenciou uma forte relação entre abuso sexual na infância e adolescência e comportamentos sexuais de risco na idade adulta, como sendo o sexo desprotegido e o abuso de drogas. O mesmo estudo evidenciou ainda que o abuso ocorrido durante a infância estava associado a mais comportamentos de risco para o VIH/SIDA na idade adulta, do que o abuso ocorrido mais tarde, durante a adolescência. Hillis, Anda, Felitti e Marchbanks (2001) também

descrevem que o abuso sexual na infância em mulheres está associado a uma primeira experiência sexual mais precoce (antes dos 15 anos), menor percepção de risco para o SIDA, e maior número de parceiros sexuais ao longo da vida.

Também Wyatt, Myers, Williams, Kitchen, e colaboradores (2002), desenvolveram um estudo com uma amostra de 490 mulheres, VIH-positivas e VIH-negativas, cujo objectivo passou por investigar se possuir história de trauma sexual e físico constituiu uma contribuição significativa e independente para o risco de infecção pelo VIH, e ainda se há diferenças étnicas na contribuição relativa do trauma para os riscos associados ao VIH. Os resultados deste estudo demonstraram que as mulheres seropositivas tinham maior probabilidade de relatarem mais ISTs, mais parceiros sexuais, e mais história de abuso, do que as mulheres cujo teste para o VIH foi negativo. Conclui-se assim que possuir história de abuso contribui para o risco de infecção pelo VIH/SIDA. Quanto ao segundo objectivo (diferenças entre etnia), este risco está presente nas mulheres em geral, independentemente da etnia, embora se tenha verificado que as mulheres afro-americanas tinham mais probabilidades de relatar histórias de abuso sexual mais severas na infância. Neste âmbito da relação entre trauma, violência e risco para o VIH, também Santos, Buchalla, Filipe, Bugamelli, Garcia e Paiva (2002) desenvolveram um estudo, com o objectivo de estudar algumas questões relacionadas com a sexualidade e a saúde reprodutiva de mulheres seropositivas ( $n=148$ ), onde concluíram que uma elevada percentagem (22%) destas mulheres foi vítimas de abuso sexual, pelo menos uma vez na vida. No mesmo sentido, Myers, Wyatt, Loeb, Carmona, Warda, Longshore, Rivkin, Chin e Liu (2006), no decorrer de um estudo com 147 mulheres seropositivas, também confirmaram a premissa de que o abuso na infância em algumas destas mulheres estava associado a maiores níveis de PTSD, depressão e comportamentos sexuais de risco na idade adulta.

A literatura apresenta os resultados de alguns estudos que demonstram que há uma relação entre a história de violência e exposição ao risco pelo VIH. Por exemplo, Raj, Silverman e Amaro (2004) desenvolveram uma investigação com uma amostra de mulheres hispânicas ( $n=170$ ), cujo objectivo passou por analisar a relação entre a história de violência exercida pelo parceiro e os factores de risco individuais e relacionais para o VIH/SIDA. Os resultados da presente investigação evidenciaram que uma em cada cinco participantes (21,2%) foi vítima de violência nos últimos 3 meses; 61,1% da amostra relatou não ter usado preservativo nos últimos 3 meses, e 58,8% referiu não ter intenção de o usar nos próximos 6 meses; e 58,1% relatou ter-lhes sido

negado o acesso ao preservativo por parte dos parceiros. Estes relatos provêm de uma amostra de mulheres em que quase metade (49,7%) acredita estar em risco para o VIH, devido ao facto de possuírem ISTs, assim como, estarem numa relação com parceiros que lhes são infiéis e que consomem drogas injectáveis. O mesmo estudo revela que uma em cada oito destas mulheres (12,7%), relatou temer consequências “sérias” no decorrer de uma possível tentativa de negociação do uso do preservativo. Os resultados deste estudo não permitiram estabelecer uma relação significativa entre história de violência e maior envolvimento em comportamentos sexuais de risco. No entanto, as participantes recentemente vítimas de violência relataram mais história de ISTs, maior crença na possibilidade de se infectarem pelo VIH, e revelaram ser aquelas que menos conhecem o estado serológico dos seus parceiros. Dantas-Berger e Giffin (2005), após o desenvolvimento de uma investigação qualitativa com mulheres adultas vítimas de violência ( $n=9$ ) dentro da relação marital, concluíram que, num ambiente de violência, como aquele em que viviam as participantes, é frequente a mulher acabar por ceder a relações sexuais não consentidas, por temerem a agressão física, a perda de apoio financeiro ou serem vítimas de acusações de infidelidade. O relato das participantes confirmou que a própria sugestão da contracepção e a tentativa de negociação para a contracepção pode ser motivo para a prática de violência sobre elas. Também os resultados de uma investigação desenvolvida por Fanslow, Whitehead, Silva e Robinson (2008), com uma amostra de mulheres neozelandesas ( $n=2790$ ), sugerem que as discussões acerca da contracepção e protecção sexual são o motivo de episódios de violência do parceiro contra elas. As conclusões deste estudo reportam-nos, mais uma vez, para o facto da mulher ficar intimidada e abdicar do sexo seguro pelo receio que tem de ser agredida pelo parceiro.

No seguimento da mesma premissa, de tentar investigar a relação entre o abuso/violência e os factores de risco para o VIH, Gwandure (2007) desenvolveu um estudo na África do Sul cujos resultados confirmaram esta hipótese. Este estudo envolveu uma amostra de 80 participantes de ambos os sexos, em que 40 indivíduos possuíam história de abuso na infância e outros 40 não. Os resultados desta investigação demonstraram que os participantes com um historial de abuso sexual na infância evidenciaram maiores níveis de PTSD, depressão, ideação suicida, baixa auto-estima e maior locus de controle externo, assim como, relato de comportamentos de risco para o VIH/SIDA, quando comparados com os participantes sem história de abuso. Os participantes deste grupo (com história de abuso) também relataram maior uso de

drogas e álcool antes das relações sexuais, e mais relações sexuais com parceiros que possuem outros parceiros, do que os participantes que não possuíam história de abuso. Na opinião deste autor, assim como outros que a literatura tem vindo a mencionar, a psicopatologia resultante do abuso na infância (e.g. PTSD, depressão, ideação suicida) tende a ser amortecida por comportamentos de risco para o VIH, tais como, a procura de múltiplos parceiros sexuais, a utilização de drogas endovenosas e o consumo de álcool antes das relações sexuais. Alguns autores como Koenig e Clark (2004), após reverem a literatura na área, concordam que há uma série de comportamentos de risco para o VIH/SIDA na idade adulta, nomeadamente, a prostituição, fortemente associada a história prévia de abuso na infância, o que também sugere que o comportamento na idade adulta ocorre como “anestésico psicológico” aos acontecimentos ocorridos na infância. No âmbito da abordagem ao abuso na infância, Hobfoll, Bansal, Schurg, Young, Pierce, Hobfoll e Johnson (2002) desenvolveram uma investigação, com uma amostra de 160 mulheres norte-americanas, cujo objectivo passou por comparar o poder preditivo do abuso físico e do abuso sexual face ao VIH. Os resultados demonstraram que o abuso físico e emocional no decorrer da infância tinha um maior impacto no humor deprimido, no sentimento de cólera e irritação, e no risco para o SIDA, do que o abuso sexual na mesma etapa da vida.

Os riscos directos do abuso sexual face ao SIDA também são documentados na literatura. A mulher sexualmente abusada incorre num elevado risco de infecção pelo VIH/SIDA, na medida em que os abusadores são frequentemente indivíduos com elevadas práticas de comportamentos de risco para a infecção pelo VIH/SIDA. Neste âmbito, surge-nos o estudo de Raj, Reed, Miller, Decker, Rothman e Silverman (2007) junto de jovens perpetradores, onde foi possível constatar que estes apresentam uma série de práticas sexuais arriscadas como uma primeira relação sexual muito precoce (o que já foi referido como um indicador de risco), história de infidelidade, e múltiplas parceiras sexuais. Ou seja, no contexto de situações de violência/abuso até as próprias características dos perpetradores colocam as mulheres em risco elevado para a infecção pelo VIH.

No que respeita ao continente africano em particular, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO) em África (2002), cerca de 36% das raparigas e 29% dos rapazes neste continente foram vítimas de violência sexual em idade precoce. Neste continente, a violência contra a mulher tornou-se mais pronunciada a partir de situações de conflito e pós-conflito, aos quais se assistiu muito, em vários países do

continente, nas últimas décadas (UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005). A violência contra a mulher é um problema tão visível no continente africano que na 5ª Conferência da Rede de Mulheres Africanas Ministras e Parlamentares, ocorrida em Cabo Verde, em 2002, considerou-se a violência baseada em género como uma prioridade para o desenvolvimento africano, dado o impacto negativo deste problema nas mulheres africanas e na sociedade africana em geral (UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005). A título exemplificativo pode-se referir que investigações sobre o continente africano referem que 28% das mulheres na Tanzânia tiveram a sua primeira relação sexual de forma forçada (UNFPA, 2002). De acordo com várias organizações no terreno (*United Nations Population Fund* - UNFPA, *United Nations Development Fund for Women* - UNIFEM & *Office of the Special Adviser on Gender Issues* - OSAGI, 2005), em vários contextos africanos o abuso da esposa é comum e impune, e a honra social protege os homens de serem punidos pelos seus actos de violência. A violência doméstica é geralmente considerada como uma questão interna da família, mesmo nos casos em que há ferimentos graves.

De acordo com as organizações UNFPA, UNIFEM e OSAGI (2005), as mulheres africanas têm muitas questões a enfrentar e desafios a ultrapassar, que agravam a violência no continente africano, nomeadamente, o limitado poder na tomada de decisões; o aumento da exposição ao risco de abusos (devido à precariedade económica, social e laboral); as múltiplas e excessivas demandas do tempo, sobretudo sobre as mulheres mais pobres, que realizam múltiplas tarefas que criam tensões na família que levam à violência doméstica; a falta de acesso a recursos; as situações de violência não reconhecida, onde se considera que bater na esposa não é uma forma de violência; a persistência e prevalência das leis de costume, que legitimam a impunidade; e a sub-representação das mulheres nas estruturas políticas.

Alguns estudos desenvolvidos no continente africano denunciam a dramática situação em matéria de violência que se vive em alguns contextos. Por exemplo, uma investigação desenvolvida por Andersson, Ho-Foster, Matthis, Marokoane, Mashiane e colaboradores (2004), com jovens estudantes sul-africanos ( $n=269705$ ), de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos, provenientes de 1418 escolas, demonstrou que, mesmo em idade tão tenra, 11% dos rapazes admitiu já ter forçado alguém a ter relações sexuais e 71% das raparigas relatou já ter sido forçada a ter relações sexuais. Estes resultados são preocupantes, na medida em que, como já foi referido, vários estudos têm demonstrado que o abuso sexual está associado ao



desenvolvimento de alguns quadros psicopatológicos como a depressão e PTSD, e comportamentos auto-destrutivos como o abuso de drogas e comportamentos sexuais de risco (Benley et al, 2000; Wyatt et al., 2002; cit. por Myers et al., 2006), nomeadamente, para o VIH/SIDA.

Organizações como a UNFPA (2002) descrevem que a violência limita a autonomia sexual e reprodutiva da mulher em África. As mulheres vitimizadas sexualmente têm mais probabilidade de usar métodos contraceptivos de forma clandestina; de interromper a anticoncepção por imposição do parceiro, que se recusa a utilizar o preservativo; e de adoptarem comportamentos sexuais de alto risco, do que aquelas que nunca foram agredidas. As mulheres que já sofreram violência encontram-se em maior risco para a infecção pelo VIH/SIDA porque devido ao medo que têm de ser re-vitimizadas estão mais inibidas de aceder à informação e ao aconselhamento necessário e disponível que as poderia ajudar a protegerem-se (ONU, 2006).

De acordo com as organizações UNFPA, UNIFEM e OSAGI (2005), em África, há uma forte relação entre vários tipos de violência contra a mulher e a disseminação do VIH/SIDA. Dentro da família, onde os homens são, por norma, dominantes, a mulher encontra-se muito limitada para discutir questões de ordem sexual ou reprodutiva. Conhecimentos e disponibilidade face a preservativos é algo que não existe ou não funciona em domicílios onde existe ameaça de violência. A violência reduz a possibilidade da mulher negociar o sexo seguro e aumenta o risco para o sexo forçado. Meninas adolescentes em situação de violência familiar estão mais expostas ao risco de abuso sexual por parte de membros mais velhos da família, parentes próximos e vizinhos.

De acordo com o *Institute for Women's Development (NISAA)* (2006), sul-africano, o VIH/SIDA é um perigo que uma mulher que vive numa relação abusiva pode enfrentar, dado não dispor de poder e controle, nomeadamente, sobre a sua sexualidade. Isto é particularmente preocupante no continente africano, onde, em muitos países, o problema da violência fica agravado por crenças culturais e religiosas que consideram os maus-tratos parte integrante do casamento.

Um artigo de revisão desenvolvido por Seeley, Grellier e Barnett (2004) revela o resultado de alguns estudos desenvolvidos na África Subsaariana que relacionam a violência perpetrada contra as mulheres e crianças com a disseminação descontrolada do SIDA nesta zona do globo. Actos de violência como o estupro, agressão física, incesto, violência psicológica, tráfico e assédio, têm contribuído para o despoletar e

acelerar da infecção pelo VIH na mulher africana. Uma investigação desenvolvida no Uganda com uma amostra de 5109 mulheres demonstrou que cerca de um terço destas já sofreu ameaças verbais e físicas, e mais de 50% relata ser frequentemente insultada pelos seus parceiros (Koenig et al., 2003; cit. por Seeley, Grellier e Barnett, 2004). Perante este cenário, os autores realçam a força do laço que existe entre a violência, o consumo de álcool e os comportamentos de risco para o VIH. Também um relatório do Observatório dos Direitos Humanos (2002; cit. por Seeley, Grellier e Barnett, 2004) descreve que, devido aos elevados índices de pobreza que se vive na África Subsaariana, muitas meninas, principalmente as órfãs, ocupam vagas de serviços domésticos, onde ficam vulneráveis a situações de abuso sexual. Neste seguimento, também investigações desenvolvidas na Tanzânia referem que nas zonas urbanas as crianças órfãs são cada vez mais abusadas sexualmente e recrutadas para a prostituição juvenil (Seeley et al., 2003; cit. por Seeley, Grellier e Barnett, 2004).

Os estudos empíricos acerca da relação entre a violência/abuso e o risco para o VIH/SIDA na mulher africana são muito escassos. No entanto, é possível encontrar algumas raras referências a este fenómeno (e.g. Jewkes, Dunkle, Nduna, Levin, Jama, Khuzeayo, Koss, Puren & Duvvury, 2006; Maman et al., 2002). Os resultados do estudo desenvolvida por Jewkes e colaboradores (2006) com mulheres sul-africanas ( $n=1295$ ), provenientes de contextos rurais socioeconómicos desfavorecidos, associaram a presença de história de adversidade na infância, incluindo abusos sexuais, com uma maior probabilidade de ter tido múltiplos parceiros no último ano. Ou seja, verificou-se uma sobreposição entre a presença de abuso na infância e a prática de comportamentos sexuais de risco para o VIH (e.g. múltiplos parceiros). A investigação de Maman e colaboradores (2002), também confirmou esta relação na mulher africana. Os resultados deste estudo desenvolvido na Tanzânia, com 245 mulheres, demonstram que mulheres seropositivas relatam mais história de violência física e sexual do que mulheres que obtiveram testes negativos para o VIH/SIDA. As mulheres seropositivas evidenciaram mais probabilidade de terem tido um parceiro violento e abuso físico e sexual, do que as não seropositivas. Também em Moçambique não se encontram estudos precisos relativamente a esta questão. No entanto, segundo dados da UNAIDS (2004), em 2002, foram registados 893 casos de violência doméstica contra mulheres numa dada província, porém, desses, apenas 16 foram denunciados a entidades competentes. De acordo com a mesma fonte, a violência contra a mulher é uma realidade bem presente em Moçambique, principalmente, dentro da relação matrimonial/conjugal (Osório &

Silva, 2009; UNAIDS, 2004). Muitas mulheres acreditam que os seus maridos têm o direito de exercer violência sobre si. Assim, o abuso dificulta a negociação e o diálogo entre os casais, nomeadamente, no que toca à adopção de medidas que têm em vista o sexo seguro (e.g: uso do preservativo).

Apesar das várias constatações observadas por ONG's (algumas supracitadas), no decorrer dos seus trabalhos de campo, ainda há uma grande escassez de estudos de investigação no que respeita à violência como preditor de comportamentos sexuais de risco na mulher africana. No entanto, vários estudos têm sido desenvolvidos com mulheres africanas a residir noutros países, sobretudo, nos Estados Unidos da América. Embora se trate de estudos com mulheres cujas condições económicas e sociais se encontram melhor salvaguardadas (o que funciona como mediador do impacto deste tipo de adversidade) do que as que residem no continente africano, podem ser bons indicadores da vulnerabilidade da mulher africana. Estudos desenvolvidos nos E.U.A com amostras de mulheres afro-americanas seropositivas, têm demonstrado que, entre esta população, há uma elevada prevalência de histórias severas de abuso sexual, mais parceiros sexuais, mais casos de ISTs e maior propensão para parceiros violentos, em comparação com outras mulheres em risco para o VIH (Jones et al., 2003; Kimmerling et al., 1999; cit. por Jarama, Belgrave, Bradford, Young, & Honnold, 2007; Wyatt et al., 2002). Neste seguimento, também uma investigação desenvolvida por Wingood e DiClemente (1997), com uma amostra de 165 mulheres afro-americanas, concluiu que mulheres abusadas verbal, emocional e fisicamente estão mais susceptíveis a comportamentos sexuais de risco para o SIDA, pois estão mais receosas de solicitar o uso do preservativo aos seus parceiros.

Tal como se referiu anteriormente, a vitimização é um factor de risco para o VIH, e o facto de estar infectada pelo VIH é frequentemente motivo de prática de violência (UNFPA, UNIFEM, & OSAGI, 2005). Ou seja, há uma dupla relação entre violência e infecção pelo VIH. Esta constatação confirma-se em contexto moçambicano. Um estudo qualitativo desenvolvido por Osório e Silva (2009), em comunidades rurais moçambicanas (participação de 54 mulheres e 112 homens), com o objectivo de compreender o papel das mulheres no poder local a vários níveis (na família, na comunidade, nas instituições formais, etc.) constatou que a violência sobre a mulher é muito comum nas comunidades estudadas e tida como normal no contexto familiar. Esta é frequentemente exercida pelo marido, mas não só. Entre muitos motivos apontados para a violência física sobre a mulher, surge também a seropositividade. As autoras

(Osório & Silva, 2009) descrevem o relato de participantes que referem que quando uma mulher é diagnosticada com o VIH, frequentemente é agredida por diversos membros da família, sobretudo as sogras, que as acusam de serem as portadoras da doença para a família. Há relatos ainda de filhos doentes com o VIH/SIDA que culpam as mães pelo seu estado, acusando-as de feitiçaria, acabando estas por serem assassinadas.

Segundo o NISAA (2006), há várias hipóteses que explicam a ligação entre a violência e o risco para o SIDA na mulher em geral, e na mulher sul-africana em particular. A primeira dessas hipóteses refere que o abuso sexual pode aumentar o risco de infecção por VIH directamente, na mediada em que a natureza violenta da violação cria um risco mais elevado de lesão genital e de sangramento, aumentando as possibilidades de transmissão do VIH, enquanto que nos casos de estupro colectivo, a exposição a múltiplos agressores aumenta a exposição ao risco de transmissão. Outra hipótese para a explicação da relação entre violência e susceptibilidade de infecção pelo VIH/SIDA defende que os relacionamentos abusivos (incluindo outras formas de violência que não apenas a física) limitam a possibilidade das mulheres negociarem o sexo seguro. Numerosos estudos demonstram que as mulheres que têm relacionamentos violentos e abusivos correm um maior risco de serem seropositivas, porque eventualmente têm mais medo de negociar o preservativo com os parceiros e poderão ser maltratadas quando discutem o uso do mesmo. Numa relação de natureza violenta também é menos provável que as mulheres consigam controlar o número de parceiros sexuais que o seu parceiro possa ter. De acordo com o NISAA (2006), uma última hipótese de explicação defende que as mulheres que sofreram abuso na infância podem adoptar um comportamento sexual mais arriscado e desprotegido na adolescência e idade adulta, aumentando assim o risco de infecção pelo VIH.

Também Miller (1999) desenvolveu um modelo que tenta explicar a relação entre o abuso sexual e o risco para o VIH/SIDA. De acordo com este modelo, esta relação é regulada por três canais: psicopatologia resultante do trauma (e.g. depressão, dissociação, PTSD); uso de drogas, como forma de lidar com a negatividade resultante da experiência de abuso sexual; e problemas ao nível do ajustamento sexual relacionados com a tomada de riscos sexuais. Estes canais ou vias que medeiam a relação entre o abuso sexual e o risco para o VIH são orientados por mecanismos que impulsionam os comportamentos de risco para o SIDA, tais como, recorrência a drogas para auto-medicação, prática de comportamentos auto-destrutivos, e uso de dissociação

como estratégia de protecção. De acordo com este modelo, as mulheres abusadas envolvem-se em práticas sexuais de risco devido aos comportamentos e crenças sobre a sexualidade que desenvolveram em resposta ao abuso. Também Zierler e Krieger (1997), em resultado de uma revisão acerca dos factores que vulnerabilizam a mulher para a infecção pelo SIDA, defendem que as mulheres abusadas tendem a envolver-se em comportamentos de risco para o VIH como o consumo de drogas ou práticas sexuais de risco, estando estes comportamentos ligados ao trauma com que ficaram devido a estas experiências adversas.

Concluindo, vários investigadores consideram importante examinar aprofundadamente o impacto do abuso na capacidade de utilizar competências de resolução/negociação de conflito, pois o medo de negociar práticas sexuais seguras sem ameaçar a confiança ou arriscar violência tem sido visto como um dos maiores impedimentos para as mulheres adoptarem práticas sexuais seguras (Myers et al., 2006; UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005; Wingood & DiClemente, 1997; Wingood & DiClemente, 1998a; 1998b). Isto é particularmente importante em contextos desfavorecidos, como o continente africano, em que o poder de defesa da mulher contra a violência se encontra diminuindo, aumentando assim a sua vulnerabilidade para o VIH/SIDA.

#### **b. Contexto Relacional**

No contexto da compreensão dos factores que colocam as mulheres em risco sexual é obrigatório explorar o papel de género e as desigualdades de poder nas relações e as suas repercussões no processo de negociação e comportamentos sexuais. Entende-se por poder nos relacionamentos, a capacidade de influenciar os comportamentos e as atitudes da outra pessoa (Tschann, Adler, Millstein, Gurvey, & Ellen, 2002)

De acordo com Borba e Clapis (2006), a vulnerabilidade feminina para o VIH e outras ISTs é fortemente definida por um tipo de relação que a mulher mantém com a sua sexualidade e consigo mesma, cuja marca tem sido a subordinação ao desejo masculino. A rigidez de papéis e de conduta nas relações de género é apontada como um dos factores de vulnerabilidade para a infecção pelo VIH/SIDA (Heise & Elias, 1995; Langen, 2005). Quando uma mulher se sente impedida de negociar o uso do preservativo porque receia perder apoio material ou suporte com os filhos, porque acredita que uma mulher não deve fazer exigências sexuais ao homem, ou porque receia que o parceiro responda com violência, é legítimo considerar que as desigualdades de

género incrementam vulnerabilidade para a infecção pelo VIH na mulher (Zierler & Krieger, 1997). De acordo com Romero e colaboradores (2006), as desigualdades entre os sexos, que gera desigualdades no acesso aos recursos, age como um enorme obstáculo à participação das mulheres na sua própria protecção face ao VIH/SIDA. Estes factores de constrangimento são especialmente preocupantes entre as mulheres africanas, na medida em que a literatura tem sugerido que estas são particularmente vulneráveis às desigualdades e injustiças entre os géneros. Estudos efectuados entre a população afro-americana indicam que os tradicionais papéis de género, caracterizados pelo aumento de liberdade sexual para o homem, e percepções sociais desfavoráveis dos mesmos papéis em relação à mulher, assim como, a falta de comunicação entre os parceiros, são comportamentos comuns entre a população afro-americana (Fullilove et al., 1990; cit. por Jarama, Belgrave, Bradford, Young, & Honnold, 2007). Os dados relativos ao próprio continente africano corroboram esta informação (Floriano, 2006; Marshall & Taylor, 2006; UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005), fornecendo informação sobre cenários ainda mais dramáticos do que aquele que é observado entre a população africana emigrante.

De acordo com Corossacz (2004), o comportamento de risco não decorre necessariamente da falta de informação acerca dos meios de prevenção, mas de visões do mundo resultantes de experiências sociais nas quais o risco é minimizado ou super-reconhecido. Esta autora desenvolveu uma investigação qualitativa, com 32 jovens brasileiros (18 do sexo feminino e 14 de sexo masculino), com o objectivo de analisar as trajectórias femininas e masculinas em termos de sexualidade, identificando na assimetria de género um papel central na construção das experiências sexuais. Os resultados deste estudo demonstraram que, ainda hoje, a mulher é associada à esfera doméstica, ao trabalho não remunerado dentro do lar e à dimensão afectiva e moral; enquanto o homem ocupa o espaço público, sendo percebido como provedor e protector da mulher. No que se refere à esfera sexual, a assimetria entre os géneros manifesta-se pela valorização da virgindade na mulher e pela experiência sexual nos homens.

A utilização correcta e sistemática do preservativo masculino é a forma mais eficaz de prevenção do VIH por via sexual, no entanto, sabe-se que existem muitos obstáculos relacionados com o género que boicotam a sua utilização (Guinan & Levinton, 1995; UNAIDS, 1998). A assimetria de poder dentro das relações sexuais determina “o porquê”, “o como”, e “o quando” um método preventivo, como o preservativo, será usado para se protegerem de ISTs, entre as quais o VIH (Corossacz,

2004), onde a primazia desta decisão, normalmente, recai no homem. Para muitas mulheres é extremamente difícil adoptar comportamentos sexuais preventivos, na medida em que não são quem tem o controlo directo do uso do preservativo e têm dificuldades em discutir e negociar esta questão com os seus parceiros, por vários motivos: relações de poder desiguais, papel das expectativas culturais e étnicas, receio de desconfiança na relação, etc. (Guinan & Levinton, 1995). A falta de competências de negociação para o sexo seguro, como a utilização do preservativo, é uma das maiores causas para o risco de VIH/SIDA nas mulheres (Alves et al., 2002), pelo que a promoção do uso do preservativo deve ser acompanhada por programas específicos que ensinem competências de negociação e uso correcto do preservativo com o parceiro (UNAIDS, 1998). Para Heise e Elias (1995), as estratégias frequentemente adoptadas pela maioria dos programas de prevenção do SIDA, que realçam sobretudo três aspectos centrais – a redução de parceiros, a promoção do uso do preservativo e o tratamento das IST – são inadequadas para proteger a maioria das mulheres vulneráveis à doença, pois trata-se de mulheres pobres e que não detêm o poder dos encontros sexuais.

A associação do uso do preservativo com a desconfiança e a falta de comunicação entre parceiros no que respeita a questões sexuais, limitam a capacidade das mulheres praticarem sexo seguro (Parker & Camargo Jr., 2000). O uso do preservativo pode ser impossível para muitas mulheres, pois requer a cooperação dos parceiros e estes nem sempre as respeitam. Muitas mulheres arriscam-se a abusos emocionais e físicos quando sugerem o uso do preservativo aos seus parceiros, que associam o preservativo a uma acusação de infidelidade (UNFPA, 2001). Um estudo desenvolvido por Wingood e DiClemente (1998b), com população feminina afro-americana, demonstrou que, numa amostra de 128 mulheres, 45,3% evidenciou não utilizar preservativo nas relações sexuais, estando esta prática fortemente associada à percepção que as mulheres têm de que negociar o preservativo pode deixar implícita a ideia de infidelidade ou instabilidade na relação. Wingood e DiClemente (1997) desenvolveram uma outra investigação com uma amostra de 165 mulheres afro-americanas, que demonstrou que as mulheres abusadas verbal, emocional e fisicamente estão mais susceptíveis a comportamentos sexuais de risco para o SIDA, pois estão mais receosas de solicitar o uso do preservativo aos seus parceiros. Esta constatação é muito importante pois, tal como já se verificou anteriormente, a vitimização é uma forma de manifestação do poder desigual dentro da relação e inibe a mulher de participar na sua própria vida sexual.

Outro tipo de característica desigual entre homens e mulheres é o poder económico, o que integra consequências a vários níveis, nomeadamente, em termos sexuais. Uma mulher que dependa financeiramente do seu companheiro, está mais propensa a cumprir as ordens e os desejos sexuais deste, sem tentar discutir ou negociar, por medo de abandono emocional ou financeiro (Sikkema et al., 2000; cit. por Jarama, Belgrave, Bradford, Young, & Honnold, 2007). Nestas circunstâncias a solicitação do preservativo pode ser arriscada, na medida em que estas mulheres subjugadas às ordens dos parceiros, mais facilmente temem o conflito, a raiva e a violência por parte dos companheiros (Wingood & DiClemente, 1998b). Para que o preservativo seja utilizado é necessário que, na prática sexual, haja relações igualitárias e se enfrente o mito da segurança proporcionada pelo casamento ou pelo amor romântico que expõe muitas mulheres ao risco de infecção pelo VIH/SIDA (Rocha, 2007). Neste seguimento e de acordo com a opinião de Alves e colaboradores (2002), enquanto não houver uma mudança substantiva na condição feminina, em que as mulheres se sintam no direito de agir como sujeitos sexuais na relação, não terão competências de negociação capazes de convencer os seus parceiros a utilizar o preservativo.

A própria auto-eficácia, um factor sócio-cognitivo de extrema importância na negociação do sexo seguro por parte da mulher (Costa & Leal, 2005; O'Leary & Jemmott, 1995; Wingood & DiClemente, 2002) também depende do poder que a mulher tem na relação e dos papéis de género percebidos. Um estudo desenvolvido por Bowleg, Belgrave e Reisen (2000) com uma amostra de mulheres negras e latinas ( $n=125$ ) a residirem nos E.U.A, demonstrou que os papéis de género e as estratégias de poder destas mulheres predizem o seu nível de auto-eficácia. Ou seja, os resultados deste estudo permitiram clarificar a ideia de que possuir baixo poder na relação e incorporar papéis de género que diminuem a mulher, contribuem para que elas desenvolvam crenças de que possuem pouco controle sobre a sua própria motivação, pensamentos, estados emocionais e padrões de comportamento no que se refere ao sexo seguro. Neste seguimento, Loue, Cooper, Traore e Fiedler (2004) constataram que, entre mulheres hispânicas ( $n=150$ ), com elevados níveis de comportamentos de risco para o VIH, existia a crença de que o locus de controle do que acontece na sua vida sexual está no homem. Isto significa que estas mulheres acreditam que tudo o que diz respeito à sua própria vida sexual depende e deve ser decidido pelos parceiros.

A própria forma como o casal e a família se reconhece pode determinar vulnerabilidade para o VIH/SIDA. Os resultados de uma investigação qualitativa



desenvolvida por Praça e Gualda (2003), com mulheres moradoras de uma favela brasileira ( $n=6$ ), levaram as autoras a concluir que, neste contexto, é o homem que tem a responsabilidade da saúde da mulher, dependendo esta da confiança que é depositada nele. As autoras concluem que, para as participantes, no homem reside o papel de protector da saúde da mulher e, de certa forma, a dos filhos, já que a manutenção do equilíbrio da relação entre saúde/SIDA, no contexto familiar, depende unicamente do comportamento masculino. Assim, às mulheres cabe esperar que os companheiros sejam suficientemente fiéis ao ponto de lhes contar uma possível infidelidade e infecção pelo VIH, a fim de que possam manter a sua saúde.

Mesmo quando julgam ter poder na relação, algumas mulheres acabam por demonstrar que, no que se refere à vida sexual, esse poder é diminuto. Este fenómeno encontra-se bem ilustrado numa investigação de cariz qualitativo desenvolvida por Jarama e colaboradores (2007), com população feminina afro-americana ( $n=51$ ). Os autores deste estudo concluíram que praticamente todas as mulheres entrevistadas consideravam ter controlo na relação, nomeadamente, aquando das relações sexuais. No entanto, 43% referiu não conversar com o parceiro sobre questões de sexo seguro, temendo que isso abale a dimensão emocional da relação. Ou seja, denota-se aqui uma grande insegurança por parte das mulheres no que se refere à posse de controlo na esfera sexual da relação. Embora relatassem sentirem-se com controlo na relação na sua generalidade, esse controlo desaparece quando se entra no âmbito da esfera sexual, observando-se uma posição de submissão no que se refere ao comportamento sexual, evitando a negociação do sexo seguro por medo de perda da confiança ou do afecto por parte do parceiro.

A literatura sugere que a diminuição do poder das mulheres nas relações pode estar associado às características da comunicação. Bruhin (2003) desenvolveu um estudo com população heterossexual ( $n=508$ ), que se centrou na análise da relação entre o poder nas relações, a comunicação, as medidas de protecção contra o VIH, e o uso do preservativo. Os resultados deste estudo demonstraram que é no seio das relações onde há um nível de poder igualitário entre os dois membros que mais se verifica a utilização do preservativo. Este facto leva os autores a concluir que é muito importante incorporar estas componentes (e.g. competências de comunicação) nos programas de prevenção face ao VIH/SIDA. Neste seguimento, também Moyo, Levandowski, MacPhail, Rees e Pettofor (2008) levaram a cabo um estudo com jovens sul-africanos ( $n=6649$ ), de ambos os sexos, que tentou avaliar a taxa de utilização do preservativo nos 12 meses prévios.

Os resultados deste estudo evidenciaram que a taxa de utilização foi baixa, tendo apenas menos de um terço (28.6%) relatado o uso consistente do preservativo nos últimos meses. Foi possível constatar que o principal preditor do uso do preservativo, sobretudo entre a população do sexo feminino, passava por falar com os parceiros acerca do mesmo. Estes resultados também sugerem que o nível e qualidade da comunicação entre os parceiros são factores essenciais na construção de um plano de actividade sexual saudável. Além da comunicação verbal, também a comunicação não verbal pode servir como uma arma muito importante na defesa de uma sexualidade mais segura, nomeadamente, na sugestão do uso do preservativo (Moyo et al., 2008). No âmbito da importância da comunicação, também uma investigação desenvolvida Lam, Mak, Lindsay e Russell (2004) permitiu verificar que, em termos de negociação, as estratégias verbais, ou seja, as conversas directas acerca da utilização do preservativo são o meio mais utilizado para a decisão do uso do mesmo entre os casais. No entanto, a comunicação indirecta não-verbal como, como por exemplo, deixar um preservativo onde o parceiro o veja e possa reflectir sobre a sua utilidade, parece ser um tipo de estratégia igualmente eficaz na promoção do uso do preservativo. O mesmo estudo também permitiu verificar que as mulheres utilizam mais a comunicação indirecta não-verbal no que concerne a questões ligadas à sexualidade, nomeadamente, na negociação do preservativo, do que os homens.

Em África particularmente, de acordo com Marshall e Taylor (2006), entender as relações de género é uma das chaves para a resposta ao SIDA, pois, muitas vezes, é o desequilíbrio nas relações de poder entre homens e mulheres que leva à propagação do VIH nas relações heterossexuais. Na opinião de Thomas (2007), no continente africano, a desigualdade de géneros é a principal razão para as elevadas prevalências de infecção pelo VIH.

De acordo com as agências UNFPA, UNIFEM e OSAGI (2005), em África, as mulheres têm limitado poder de decisão. A nível laboral, na maior parte da África rural, as mulheres são as responsáveis pelos trabalhos no campo e pelas pequenas vendas, mas possuem controlo limitado sobre como esses recursos são gastos, assim como, em todas as esferas da sua vida, nomeadamente, a sexual. As altas taxas de infecção pelo VIH/SIDA em mulheres e meninas africanas deve-se muito a questões fundamentais de poder e controlo masculino e à forma como a sociedade tem vindo a ignorar o comportamento de poder desigual e controlador sobre as mulheres. Neste seguimento, a organização UNFPA (2002) refere que neste contexto é frequente as mulheres

(principalmente as vitimizadas) interromperem a anticoncepção ou não se protegerem sexualmente por imposição do marido. No que se refere ao casamento, no contexto africano, ainda há muitas normas sociais e culturais que fragilizam a mulher e a deixam vulnerável ao SIDA devido ao pouco poder de decisão que têm sobre a sua vida em termos relacionais e sexuais. Já a UNESCO e SAFAIDS (2001) declaram que a posição da mulher africana no casamento é de um poder muito inferior à do homem. Isto verifica-se no próprio momento da decisão de casar, em que, em muitos contextos, o homem escolhe a mulher com quem quer casar, não sendo dada nenhuma oportunidade à mulher para decidir se é o que ela deseja ou não. Dentro da relação marital, a mulher é vista como um ser inferior ao homem, onde vigora uma série de normas, atitudes e valores baseados num poder totalmente patriarcal. Assim sendo, a mulher tem pouca ou nenhuma oportunidade de decidir sobre a sua vida, especialmente, no que refere a esferas tão polémicas como é a sua vida sexual. No contexto dos casamentos forçados, também Osório e Silva (2009) desenvolveram um estudo onde procederam à aplicação de entrevistas a vários membros de duas comunidades rurais moçambicanas (52 mulheres e 112 homens), onde tiveram a oportunidade de constatar que esta prática é corrente e socialmente aceite, sobretudo ainda em tenra idade. Verificou-se ainda que esta mesma prática dos casamentos forçados, é um dos principais constrangimentos para o acesso e permanência das meninas nas escolas e um dos factores responsáveis pelas elevadas taxas de analfabetização nas mulheres africanas. Esta constatação é preocupante, pois tal como se verificou anteriormente (no subcapítulo relativo à escolarização como variável de influência para o risco de infecção pelo VIH), o nível de escolaridade das mulheres é um factor de influência do grau de vulnerabilidade ao risco para a infecção pelo VIH/SIDA. Na opinião de Silva e Osório (2009), situações de casamentos forçados e, conseqüente abandono escolar, são factores de manutenção da reprodução do ciclo de dependência e desigualdade entre os géneros nas comunidades rurais moçambicanas estudadas.

Em Moçambique, as mulheres têm mais probabilidade de serem mais pobres e terem menos educação do que os homens, pois acredita-se que, num clima de privação, os homens têm prioridade no acesso a estes bens e serviços (Floriano, 2006). Este desequilíbrio entre géneros reduz as possibilidades negociais em termos de sexo seguro (Floriano, 2006; UNICEF, 2004). Também a pobreza, mais visível nas mulheres do que nos homens, em Moçambique, dificulta o acesso a cuidados de saúde e educação, elementos tão necessários para o combate ao VIH. Este nível de pobreza desigual entre

géneros tem contribuído para o agravamento das desigualdades de poder de género (Floriano, 2006). No âmbito da abordagem ao VIH e às relações de género, também em contexto moçambicano, Macuamule e Foreman (2002) referem que, neste contexto, os papéis de género deixam poucas possibilidades de controlo sobre a sexualidade nas mulheres. Já os homens são mais capazes de determinar quando, como e com quem manter relações sexuais. Assim, na opinião dos autores (Macuamule & Foreman, 2002), as ideologias de masculinidade colocam homens e mulheres em risco para o VIH/SIDA.

Posto isto, não há dúvidas de que em muitos contextos africanos as diferenças de tratamento entre homens e mulheres são muito visíveis. De acordo com a UNAIDS (1998), neste continente, o homem seropositivo tem mais probabilidades de ser atendido num hospital do que uma mulher, e os recursos familiares são mais facilmente utilizados e até esgotados para apoiar o tratamento de um membro do sexo masculino da família, do que um membro do sexo feminino. As relações desiguais de poder aliadas à precariedade económica, especialmente em países em desenvolvimento, limitam a vida sexual das mulheres, começando pelo acesso a informação adequada e actualizada (Borba & Clapis, 2006).

Os resultados de uma investigação qualitativa desenvolvida por Macia e Langa (2004), com 20 homens e mulheres moçambicanos, demonstraram que, neste contexto, a mulher reconhece e valida que a decisão de utilizar ou não o preservativo depende exclusivamente da vontade do homem. Os autores descrevem o relato de uma das participantes que refere que quem deve decidir sobre o uso do preservativo é o homem, porque é ele que tem a autoridade sobre a mulher. Na sua opinião, este processo está correcto, pois foi assim que a educaram, a ser submissa e fiel ao homem. Também Bunnell, Nassozi, Marum, Mubangizi, Malamba e colaboradores (2005), na descrição dos resultados de um estudo qualitativo desenvolvido no Uganda, com casais ( $n=67$ ), cujo um dos membros é seropositivo, descrevem o relato de mulheres que vivem situações de vida muito stressantes, devido ao facto dos maridos, mesmo infectados, considerarem que não têm de usar o preservativo. Estas mulheres relatam ainda que a recusa ou a tentativa de negociação tende a acabar em violência, pois os maridos sentem-se desautorizados perante a tentativa de negociação do sexo seguro, por parte das esposas. Em ambos os estudos supracitados, desenvolvidos em diferentes países africanos, encontra-se bem patente a forma como a mulher se subjugava à vontade e autoridade do homem em matéria sexual, mesmo tendo conhecimento de que a adesão à imposição dos homens pode reflectir-se em comportamentos sexuais muito arriscados.

Perante estes resultados, será legítimo considerar que é urgente estas mulheres tomarem consciência dos seus direitos e reivindicar a sua autonomia no que se refere aos comportamentos sexuais. A literatura sugere que tal só é possível com um domínio adequado de competências psicossociais, que conferem poder às mulheres nas relações. Neste seguimento, uma investigação desenvolvida no Botswana, por Greig e Koopman (2003), com mulheres sexualmente activas ( $n=71$ ), que pretendeu verificar até que ponto o *empowerment* das mulheres influencia a prevenção do SIDA, demonstrou que possuir competências de negociação e estar numa situação de independência económica face aos parceiros evidenciaram ser os factores mais relacionados com o uso do preservativo. Os dois factores “competências de negociação” e “independência económica” também se encontravam altamente correlacionados entre si.

Langen (2005) também desenvolveu um estudo no continente africano, com mulheres naturais da África do Sul e Botswana ( $n=2658$ ), cujo objectivo passou por analisar a influência das desigualdades de poder de género na capacidade de negociação do preservativo por parte das mulheres, e na resposta dos parceiros a tal solicitação. Os resultados desta investigação evidenciaram que as desigualdades nas relações de género influenciavam fortemente o nível de competências das mulheres negociarem o sexo seguro. As mulheres muito mais novas do que os parceiros (10 anos ou mais), as mulheres com histórias de maus-tratos, as mulheres que viviam em relações cujo nível de comunicação sobre o VIH era baixo, e as mulheres economicamente dependentes do parceiro, foram aquelas que se encontraram menos propensas a sugerir o uso do preservativo aos seus parceiros. O que é mais inquietante, na opinião desta autora, é o facto de serem os parceiros que possuem outras parceiras sexuais que mais se recusavam a utilizar o preservativo junto das parceiras.

A literatura tem vindo a sugerir que as relações onde existe desigualdade de poder, os homens tendem a perceber-se como tendo maior poder do que as mulheres (Peplau & Campbell, 1989; Sprecher, 1997; cit. por Tschann, Adler, Millstein, Gurvey, & Ellen, 2002). Um aspecto relacionado com o poder e que pode interferir com o comportamento sexual, é o facto do preservativo ser colocado e controlado fisicamente pelos homens, o que pode contribuir para a percepção de baixo poder na óptica das mulheres e, conseqüentemente, dificultar a negociação do sexo seguro. Uma forma de combater este tipo de constrangimentos é recorrer ao uso do preservativo feminino. O preservativo feminino tem demonstrado ser uma das melhores alternativas às controvérsias relacionais que envolvem o preservativo masculino, sendo susceptível

de contrariar muitas das situações acima descritas. Este tem recebido muita atenção pelo potencial que possui na capacitação das mulheres face ao sexo seguro (Mandel & Rutherford, 2006; Busza & Baker, 2004). Trata-se de uma peça de poliuretano macio e transparente que a mulher pode colocar na vagina antes da relação sexual. É um método já usado e algo disponível em muitos países em desenvolvimento (UNFPA, 2001). Este é um método de contracepção que permite a muitas mulheres terem mais controle sobre a sua protecção no decorrer da relação sexual (Dias, Gonçalves & Silva, 2003; Raphan et al., 2001; cit. por Busza & Baker, 2004; UNFPA, 2001). No entanto, ainda é pouco aceite em alguns países, nomeadamente africanos, como o Uganda e a Zâmbia, em que muitas mulheres o consideram menos aceitável do que outros métodos contraceptivos, por serem grandes, caros e fazerem barulho durante o acto sexual (UNFPA, 2001). Também vários estudos têm apontado para uma percepção negativa do preservativo feminino entre a população afro-americana (Timpson, Williams, Ross, & Keel, 2005). É necessário ter em atenção que se este facilmente se encontra nos países industrializados, nos países mais carenciados, como é o caso de muitos em África, o seu acesso ainda não é assim tão fácil. Embora o preservativo feminino esteja disponível há mais de uma década, a verdade é que este ainda é percepcionado como um meio de protecção menos acessível. São necessários mais estudos acerca da sua aceitação e acessibilidade, principalmente, em países em vias de desenvolvimento (Mandel & Rutherford, 2006).

Concluindo, não há dúvida de que o papel de género e as características do parceiro e da relação influenciam o comportamento sexual, nomeadamente, o processo de negociação do sexo seguro. Por tudo isto, considera-se que respostas à epidemia devem fundamentar-se no conhecimento das expectativas e necessidades relacionadas com o género (UNAIDS; 1998). Heise e Elias (1995) defendem que a estratégia utilizada pela maior parte dos programas de prevenção do SIDA, que se debruçam essencialmente em três aspectos centrais (redução de parceiros, promoção do uso do preservativo e tratamento das IST), é inadequada para proteger a maioria das mulheres vulneráveis à doença, pois estas, frequentemente, são pobres, possuidoras de pouca informação e não detêm o poder dos encontros sexuais, nomeadamente, no que se refere ao uso do preservativo. Entre outros aspectos, e de acordo com a opinião de Romero e colaboradores (2006), a luta da mulher contra o VIH deve passar primeiramente pelo *empowerment* da própria condição feminina. Em termos de controlo da sexualidade, o preservativo feminino poderá ser uma opção, no entanto, este ainda é basicamente restrito a camadas de mulheres mais favorecidas economicamente, e que dispõem de um

acesso facilitado à informação (Bastos & Szwarcwald, 2000). Nos países em vias de desenvolvimento as desigualdades de género estão ainda muito presentes, verificando-se uma marcada dependência económica das mulheres relativamente aos homens (Bastos & Szwarcwald, 2000). Ou seja, combater o VIH/SIDA na mulher passa por alterar muitos destes construtos sociais, o que vai de encontro ao que nos refere Turmen (2003), Romero e colaboradores (2006) quando referem que o *empowerment* nas mulheres é a peça fundamental para reverter a epidemia do VIH. Em África particularmente, combater as desigualdades de género é uma das chaves para a resposta ao SIDA, porque, é o desequilíbrio nas relações de poder entre homens e mulheres que facilita a propagação do VIH nas relações heterossexuais (Marshall & Taylor, 2006), tal como se evidenciou neste subcapítulo.

### **c. Problemas de Saúde Mental**

Alguns estudos têm demonstrado que o estado de saúde mental dos indivíduos influencia os comportamentos sexuais. Estudos recentes indicam que as pessoas com problemas de saúde mental encontram-se em alto risco para a infecção pelo VIH (Kloos, Gross, Meese, Meade, Doughty, Hawkins, Zimmerman, Snow, & Sikkema, 2005). Problemas de saúde mental como o abuso de álcool e drogas, depressão, trauma, entre outros, têm vindo a ser associados a comportamentos de risco para o VIH/SIDA, tal como veremos de seguida.

Uma investigação desenvolvida por Morrison-Beedy, Carey, Feng e Tu (2008), com uma amostra de mulheres jovens, concluiu que as relações sexuais protegidas estão associadas a uma série de outros factores, tais como, possuir elevado nível de conhecimentos, ter uma atitude positiva face ao preservativo, não incorrer em consumo de substâncias, e apresentar menor *distress* psicológico. Perante os resultados deste estudo, que sugerem que o *distress* psicológico, o uso de substâncias e os comportamentos sexuais de risco encontram-se relacionados, os autores concluem que estes factores devem ser tidos em linha de conta quando se planeiam programas de intervenção de teor sexual para a população feminina, sobretudo jovem. Ou seja, é muito importante integrar as variáveis de saúde mental quando nos debruçamos na análise dos comportamentos de risco para a infecção pelo VIH, assim como, quando são traçadas estratégias de intervenção que visam preveni-los.

Em termos de factores relacionados com a saúde mental, tal como se verificou anteriormente no sub-capítulo referente à vitimização, o trauma tem vindo a ser

fortemente associado a comportamentos de risco para o VIH. A literatura tem sugerido com muito afinco que o trauma psicológico está altamente relacionado com a decisão que as mulheres tomam relativamente a comportamentos de risco face ao VIH, nomeadamente, no que se refere à escolha dos parceiros e à capacidade de negociar o sexo seguro. Estes riscos são ainda maiores em mulheres provenientes de minorias étnicas e de grupos socioeconómicos desfavorecidos (Wyatt, Myers & Loeb, 2004).

Os resultados de um estudo desenvolvido por Gwandure (2007) também corroboram a hipótese de que a psicopatologia é um factor de risco para o controle e prevenção do VIH/SIDA. Num estudo realizado com população com e sem história de abuso ( $n=80$ ), Gwandure (2007) concluiu que o grupo com história de abuso, quando comparado com o outro grupo, evidenciava elevados níveis de PTSD, depressão, ideação suicida, baixa auto-estima e baixo *locus* de controle interno, o que se associava a comportamentos de risco para o SIDA, tais como, mais uso de drogas e álcool antes das relações sexuais, e mais relações sexuais com parceiros que possuem múltiplos parceiros. O autor aponta algumas formas de compreensão entre a psicopatologia resultante de abuso e a maior prática de comportamentos de risco para o VIH. Na sua opinião, a PTSD pode ter efeitos sobre o funcionamento sexual, na medida em que o evento traumático interfere com a satisfação sexual e este facto repercute-se na procura de vários parceiros, cujas relações se tornam facilmente instáveis (Schloredt & Heiman, 2003; cit. por Gwandure, 2007). Já a depressão, ideação suicida, baixa auto-estima e *locus* de controlo externo também são apontados como factores de risco para o VIH/SIDA (Kalichman et al., 2002, cit. por Gwandure, 2007). A externalidade pode explicar o pouco esforço pessoal para tentar evitar a infecção pelo VIH, já que atribuir a causa dos acontecimentos a factores externos é o mais comum. Este e outros estudos também corroboram a ideia de que, o abuso na infância está associado a maior procura de múltiplos parceiros na idade adulta, o que o autor acredita que se deve a uma tendência para a promiscuidade como forma de compensar a desadaptação emocional e a PTSD resultante do episódio de abuso (Schloredt & Heiman, 2003; cit. por Gwandure, 2007).

Actualmente, não restam muitas dúvidas de que a história de trauma e PTSD vulnerabilizam a mulher para a infecção pelo VIH. Simoni, Sehgal e Walters (2004) desenvolveram um estudo que constatou uma elevada sobreposição de comportamentos de risco para o VIH/SIDA e história de abuso e trauma na vida das mulheres estudadas. Investigações que se têm debruçado na análise de comportamentos de risco para o VIH,



sugerem que pessoas com história de abuso e trauma estão em elevado risco (Kimerling et al., 1999; Maia, 2004), havendo uma forte constatação de história de abuso físico, sexual (Cohen et al., 2000; Cunningham et al., 1994; Zierler, 1991) e de violência doméstica (Cohen et al., 2000; Wingood & DiClemente, 1997) entre pessoas que demonstram ter comportamentos de alto risco para o VIH/SIDA.

Logan, Cole e Leukefeld (2002) expõem um modelo explicativo para a relação entre os problemas de saúde mental, nomeadamente, o trauma resultante de vitimização, o abuso de substâncias, e os comportamentos de risco para o VIH/SIDA. Segundo a explicação destes autores, a vitimização pode conduzir a problemas de saúde mental que, consequentemente, podem conduzir ao abuso de substâncias como forma de *coping* para o trauma resultante da vitimização. Por sua vez, o indivíduo que abusa de substâncias encontra-se com a sua capacidade de tomada de decisão comprometida, o que facilita a incursão em comportamentos de risco para o VIH. Resumindo, a vitimização e as sequelas psicológicas que dela advêm afectam a capacidade de discernimento e de decisão dos indivíduos, nomeadamente, no momento de negociar o sexo seguro. Viver num ambiente social desadequado, associado ao abuso sexual ou negligência na infância, está associado a um aumento de gravidez, VIH, depressão e tentativas de suicídio na adolescência (Kryg et al., 2002; cit. por Nunes, Abreu, Hirata, Nunes, Franco & Barbosa, 2005).

No que se refere à mulher africana em particular, mais uma vez, os estudos que analisam a relação entre o trauma e os comportamentos de risco nesta população são escassos ou inexistentes. O que se sabe é que estas estão em risco, na medida em que, tal como se verificou, o trauma vulnerabiliza a mulher para a infecção, e sabe-se também que no continente africano são muitos os abusos e actos de violência que se cometem contra a mulher (OMS, 2002; UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005) deixando histórias de trauma e possíveis situações de PTSD. Embora não sejam encontrados estudos empíricos de base, são vários os documentos e relatórios de organizações a operar em África, nomeadamente em Moçambique, que admitem que a violência contra a mulher, pelas lesões psicológicas que deixa, é um enorme factor de risco para a infecção pelo VIH (UNAIDS, 2004).

Também o consumo e abuso de substâncias como o álcool e outras drogas têm vindo a ser associados a comportamentos de risco para o VIH na mulher. A avaliação de comportamentos de risco para o VIH e outras infecções transmitidas por relações sexuais desprotegidas e sangue, e a sua eventual relação com o uso de álcool e drogas,

tem vindo a constituir um grande desafio no âmbito da prevenção e tratamento dos usuários de drogas, assim como, de outras populações ditas vulneráveis a ISTs (Simões & Bastos, 2004). Quer isto dizer que há uma relação entre o consumo de drogas e álcool e os comportamentos de risco para o VIH e outras ISTs. Esta relação deve ser analisada aprofundadamente no sentido de se traçar estratégias de prevenção eficazes.

Devido ao aumento do VIH nas mulheres, na Europa Ocidental, nos últimos anos, foi desenvolvido um estudo com mulheres utilizadoras de drogas injectáveis ( $n=1198$ ) provenientes de algumas capitais europeias (Madrid, Paris, Roma, Londres e Berlim), com o intuito de verificar os factores associados à seropositividade e ao abuso de drogas. Os resultados deste estudo demonstraram que 27,8% das entrevistadas consumidoras de drogas encontravam-se infectadas pelo VIH (Estebanez, Russell, Aguilar, Béland, Zunzunegui, & Study Group on Risk Behaviour in Female Injecting Drug Users, 2000). No que se refere aos consumidores de drogas endovenosas, a transmissão do VIH dá-se pela via sanguínea, através da partilha de seringas e outro tipo de equipamentos para o uso das drogas, mas também pela via sexual, na medida em que, sob o efeito de drogas, os indivíduos mais facilmente incorrem em práticas sexuais desprotegidas (Pechansky, Diemen, Inciardi, Surratt & Boni, 2004). Desta forma, confirma-se o que a literatura tem vindo a referir: os usuários de drogas injectáveis estão expostos à dupla via de contaminação, tornando-se eles próprios importantes transmissores do VIH quer para os parceiros sexuais, quer para outros usuários de drogas injectáveis (Friedman, 1994; cit. por Pechansky, Diemen, Inciardi, Surratt & Boni, 2004).

Neste seguimento, um estudo desenvolvido por Donenberg, Emerson, Bryant & King (2006), com jovens adolescentes de ambos os sexos ( $n=207$ ), também concluiu que os jovens que mais incorriam em comportamentos sexuais de risco, eram aqueles que viviam em ambientes parentais demasiado permissivos e que se envolveram com o abuso de substâncias nos últimos três meses. Num outro estudo com população jovem, Scivoletto, Tsuji, Abdo e colaboradores (1999), verificaram que os adolescentes ( $n=689$ ) que consumiam drogas (álcool, haxixe e crack) foram os que evidenciaram maior actividade sexual (80,8% dos consumidores em comparação com 57,6% dos não consumidores), início mais precoce da vida sexual (média de idades de 15,2 anos para os consumidores de drogas, contra 15,7 anos nos não consumidores), tendência a menor uso do preservativo (31,1% entre os consumidores, comparado com 65,3% entre os não consumidores), e maior tendência a pagamento por sexo (31,1% entre os consumidores,

comparado com 15% nos não consumidores). Este estudo permitiu ainda verificar que as substâncias mais associadas aos comportamentos sexuais de risco actuais foram o álcool e o haxixe; o crack esteve associado a uma iniciação sexual mais precoce. Também Pechansky e colaboradores (2004) chegaram às mesmas evidências de que a utilização de drogas facilita a transmissão do VIH pela dupla via: sanguínea e sexual. Num estudo realizado com uma amostra de 695 indivíduos, de ambos os sexos, consumidores de drogas, os autores constataram que a prevalência de seropositividade foi de 22,6%, e que o relato de práticas homossexuais e heterossexuais desprotegidas também esteve muito presente. Neste âmbito, Silva, Oliveira e Mesquita (2007) também levaram a cabo uma investigação de cariz qualitativo, com mulheres utilizadoras ou ex-utilizadoras de drogas. Os resultados deste estudo, confirmaram, mais uma vez, a vulnerabilidade deste grupo para a exposição ao risco face ao VIH. Das mulheres entrevistadas ( $n=13$ ) cinco eram seropositivas e o relato de todas elas passou por episódios de vida como prostituição, roubos, tráfico e detenção em estabelecimentos prisionais, factores estes que contribuíram para comportamentos de risco como a partilha de seringas e a prática de sexo desprotegido.

Pechansky (2001) apresenta um modelo explicativo para a exposição do risco para o VIH entre utilizadores de drogas. Este é um modelo baseado nos contributos de muitos outros modelos e teorias já existentes (e.g: Mandell, Bandura, Modelo de Crenças da Saúde, etc.). De acordo com este autor, o utilizador frequente e abusivo de drogas, tende a diminuir a sua visão crítica em relação aos consumos e à saúde em geral. As preocupações básicas com a higiene, a sua própria integridade física e mental, as relações sociais, a cidadania, os valores morais e a hierarquia social sofrem um impacto significativo. Esta diminuição geral do sentido crítico produz uma baixa percepção do risco tanto no âmbito físico, como no moral e social. Por sua vez, esta baixa percepção do risco, favorece a participação em condutas de risco como a partilha de seringas, as trocas de sexo por dinheiro e/ou drogas, e as relações sexuais desprotegidas. Estes comportamentos tendem sistematicamente a aumentar o risco de contaminação e transmissão do VIH de indivíduo para indivíduo, principalmente dentro de uma rede social. Um elevado número de variáveis pessoais, tais como, o grau de escolaridade, o género e a idade, medeiam o maior ou menor número de condutas e situações de risco. De acordo com o autor, o grau com que estas variáveis interagem ainda não é totalmente conhecido.

O álcool é frequentemente referido como um dos factores para a não utilização do preservativo. Isto acontece porque o consumo de álcool, assim como, outro tipo de drogas, dificultam a tomada de decisão (Logan, Cole & Leukefeld, 2002). O relato de algumas prostitutas moçambicanas e sul-africanas ( $n=12$ ), no decorrer de uma investigação qualitativa desenvolvida por Gune (2008), descreve que, é quando estão embriagados, que os homens mais facilmente desejam recorrer à prostituição. Além disso, estas prostitutas relatam que é em estado de embriaguez que os clientes menos usam o preservativo, e isto acontece quer por esquecimento, quer por exigência dos próprios. De acordo com Zablotska, Gray, Koenig, Serwadda, Nalugoda, Kigizi e colaboradores (2007), o álcool, pelo seu efeito de desinibição, pode induzir à violência e à coerção sexual, o que aumenta o risco de infecção pelo VIH.

No que se refere ao continente africano, infelizmente, o consumo de drogas e a prática de troca de agulhas, actualmente, são fenómenos emergentes. Um estudo desenvolvido por Mccurdy, Williams, Kilonzo, Ross e Leshabari (2005), na Tanzânia, demonstrou que os consumos ilícitos nas grandes cidades são hábitos correntes. Os resultados deste estudo qualitativo, desenvolvido com consumidores de drogas ( $n=51$ ), de ambos os sexos, evidenciaram que a partilha de seringas é algo habitual entre os participantes, mesmo sabendo que este é um comportamento de elevado risco para a infecção pelo VIH. Aqui, também os comportamentos sexuais de alto risco são habituais. De acordo com o relato dos participantes, as relações sexuais entre membros do grupo são habituais, e a maioria das mulheres, frequentemente, praticava relações sexuais com vários membros do “gueto” em troca de dinheiro ou drogas. Relativamente à questão das relações sexuais, houve participantes que referiram que, após se drogarem, muitas mulheres eram vítimas de relações sexuais não consentidas, que decorriam enquanto estas se encontravam inconscientes devido ao abuso de drogas (normalmente heroína). Também na África do Sul, o consumo de drogas e o VIH/SIDA são apontados como alguns dos principais problemas da juventude (Morojele, Brook & Kachienga, 2006), observando-se cada vez mais que ambos se encontram intimamente ligados (Tengia-Kessy et al., 1998; cit. por Morojele, Brook & Kachienga, 2006).

Apesar deste ser um cenário cada vez mais visível em vários países africanos, a verdade é que os estudos acerca do consumo de drogas e da sua influência nos comportamentos de risco para o VIH ainda escasseiam. Já nos E.U.A., os estudos efectuados exclusivamente com população oriunda de África são habituais. A título de exemplo, Miller, Korves e Fernandez (2007) desenvolveram uma investigação com um

grupo de mulheres afro-americanas, consumidoras de drogas ( $n=180$ ), onde constataram que 22% da amostra já se encontrava em estado de seropositividade, 27% tinha injectado drogas nos últimos 30 dias, e 55% relatou ter-se prostituído em algum momento da sua vida. O trabalho sexual foi significativamente associado à infecção pelo VIH. Em média, nos últimos 30 dias, estas mulheres tiveram 3,9 parceiros sexuais e 33% relatou ter tido pelo menos dois parceiros sexuais nesse período. Mais uma vez, confirmou-se uma elevada prevalência de infecção pelo VIH e comportamentos de risco entre a população feminina consumidora de drogas. Também Wingood e DiClemente (1998c) constataram uma elevada prevalência de comportamentos sexuais de risco na população de mulheres afro-americanas que estudaram. Nesta amostra ( $n=93$ ), 43% das mulheres usaram o preservativo de forma inconsistente e 13.3% referiram ter tido múltiplos parceiros sexuais, no último mês. A elevada prevalência do uso de álcool e drogas, constatada em 51.6% da amostra, ajuda a explicar a exacerbação do risco sexual em que incorreram as participantes. Os resultados desta investigação indicaram ainda que as mulheres que consumiram álcool entre os 20 e 30 dias anteriores, tinham 2.8 vezes maior probabilidade de relatarem uso inconsistente do preservativo e baixa negociação do mesmo. Verificou-se também que as mulheres que relataram ter fumado cocaína no último mês, tinham 5 vezes maior probabilidade de terem tido múltiplos parceiros sexuais. A corroborar estes resultados surge-nos o estudo de Locke e Newcomb (2008), desenvolvido com uma amostra de mulheres afro-americanas ( $n=242$ ), que evidenciou que ter mais parceiros sexuais encontrava-se significativamente correlacionado com o consumo de álcool e drogas, assim como, a um início mais precoce da actividade sexual.

Como foi possível constatar, não há dúvidas de que o álcool e outras drogas exercem uma forte influência nos comportamentos de risco para o VIH/SIDA na mulher. Por outro lado, o estado de seropositividade tende a agravar a saúde mental e os hábitos alcoólicos e de drogas. Myers, Sumner, Ullman, Loeb, Carmona e Wyatt (2008) referem que há uma relação de reciprocidade entre a seropositividade e os problemas com drogas. Num estudo desenvolvido com um grupo de mulheres ( $n=288$ ), constataram que o consumo de drogas aumentou as probabilidades de infecção. Por outro lado, o estado de infecção agravou os consumos, assim como, o *stress* crónico, o trauma e outros distúrbios mentais.

Também a depressão tem sido apontada como uma variável de risco para a infecção pelo VIH em mulheres. Por exemplo, DiClemente, Wingood, Crosby, Sionean,

Brown, Rothbaum, Zimand, Cobb, Harrington e Davies (2001a) desenvolveram uma investigação onde analisaram a relação entre a depressão das adolescentes e os seus comportamentos e atitudes face às ISTs e ao VIH. Os resultados deste estudo demonstraram que as adolescentes com depressão significativa no pré-teste, no seguimento de 6 meses, tinham 2 vezes maior probabilidade de estarem grávidas, 2.1 vezes maior probabilidade de terem tido relações sexuais vaginais desprotegidas, 1.5 vezes maior probabilidade de não usarem qualquer forma de contracepção, 2.2 vezes maior probabilidade de perceberem mais barreiras face ao uso do preservativo, 1.7 vezes maior probabilidade de terem parceiros sexuais masculinos não monogâmicos, 2 vezes maior probabilidade de perceber menor controlo nas suas relações, 2.4 vezes maior probabilidade de terem experienciado violência nos encontros amorosos, duas vezes maior probabilidade de terem medo das consequências adversas de negociar o uso do preservativo, 1.6 vezes maior probabilidade de se sentirem menos eficazes em negociarem o uso do preservativo com um novo parceiro sexual e, finalmente, 1.7 vezes maior probabilidade de ter normas incongruentes com uma relação sexual saudável. Após observar-se os resultados deste estudo, pode-se inferir que a depressão é preditiva de uma série de factores de risco para a infecção pelo VIH/SIDA.

Efectivamente a depressão ou a presença de sintomatologia depressiva exerce influência sobre os comportamentos sexuais de risco. A corroborar esta ideia, pode-se descrever que, em 1995, Amaro desenvolveu uma investigação com 2527 mulheres afro-americanas, residentes em Los Angeles, cujo objectivo passou por conhecer as razões que levavam estas mulheres a praticar sexo com parceiros que não usavam o preservativo. As mulheres entrevistadas expressaram sentimentos de impotência, baixa auto-estima, isolamento e “falta de voz” como estando na base da sua incapacidade para negociar o sexo seguro (Amaro, 1995; cit. por Zierler & Krieger, 1997). Ou seja, não estando psicologicamente capazes de negociar o sexo seguro, facilmente estas mulheres acederam ao sexo desprotegidos colocando-se em alto risco para o VIH. Também Myers, Sumner, Ullman, Loeb, Carmona e Wyatt (2008), no desenvolvimento de um estudo com mulheres seropositivas e seronegativas ( $n=288$ ), detectaram que a depressão surgiu como uma variável interveniente entre o stress crónico, o baixo estatuto socioeconómico e a toxicodependência nas mulheres seropositivas, principalmente em mulheres pertencentes a minorias étnicas. Este estudo sugere que a depressão é um forte preditor de consumo de álcool, que, como se sabe, é uma prática de risco para comportamentos sexuais desprotegidos, como já se evidenciou anteriormente. Mais uma

vez, no que se refere à mulher africana, não são encontrados estudos que analisam as dinâmicas existentes entre a depressão e os comportamentos de risco para o VIH, o que fundamenta ainda mais a necessidade de se desenvolverem estudos aprofundados sobre estas variáveis com esta população feminina em particular.

Resumindo, pode-se concluir que problemas de saúde mental como o trauma e PTSD, abuso de álcool e outras substâncias tóxicas, e a depressão, podem conduzir a comportamentos de risco face ao VIH/SIDA. Esta constatação sensibiliza para o facto de se integrar estas variáveis nos estudos acerca dos preditores de risco para o VIH na mulher, assim como, nas intervenções que visam prevenir a infecção pelo VIH nesta população específica.

#### **d. História de Cárcere e Prostituição**

A história de cárcere é outro factor que tem vindo a ser associado ao risco para a infecção pelo VIH/SIDA. Mulheres encarceradas constituem um grupo particularmente vulnerável a infecções, principalmente as transmitidas sexualmente, na medida em que, de acordo com Lopes, Latorre, Pignatari e Buchalla (2001) há muitos contextos prisionais onde não existem programas de diagnóstico precoce, tratamento e prevenção, o que contribui para o aumento da incidência e prevalência de ISTs. Tem-se verificado uma elevada prevalência de VIH e comportamentos de risco entre população feminina encarcerada. A título de exemplo, refere-se uma investigação desenvolvida num estabelecimento prisional norte-americano, que demonstrou que, entre as mulheres reclusas ( $n=3146$ ), 3.3% eram seropositivas (Rich, Dickinson, Macalino, Flanigan, Towe, Spaulding, & Vlahov, 1999). Um outro estudo demonstrou que, num estabelecimento prisional feminino brasileiro, num universo de 262 mulheres estudadas, 14,5% encontrava-se infectada pelo VIH. Destas, mais de 76% correspondiam a mulheres de etnia negra (Lopes, Latorre, Pignatari & Buchalla, 2001).

Os resultados de um estudo desenvolvido por Hutton, Treisman, Hunt, Fishman, Kending, Awetz e Lyketsos (2001) também com população feminina em estado de reclusão ( $n=77$ ) permitiram clarificar a relação existente entre a história de cárcere e o risco para o VIH/SIDA. De acordo com o relato das participantes foi possível constatar que há uma elevada prevalência de comportamentos de risco para o VIH/SIDA na vida destas mulheres. Nos cinco anos anteriores ao encarceramento, a maioria das mulheres (56%) relatou nunca ou quase nunca ter utilizado o preservativo, 42% foi consumidora de drogas injectáveis, 42% referiu ter mantido relações sexuais com um parceiro que

utilizava drogas injectáveis, 30% prostituiu-se, 30% referiu já ter partilhado agulhas, 19% referiu ter praticado sexo anal sem preservativo; e 7% relatou ter tido mais do que 100 parceiros sexuais. Neste seguimento, um outro estudo de Cotton-Oldenburg, Jordan, Martin e Kupper (1999) também desenvolvido com população feminina reclusa ( $n=651$ ), demonstrou que, antes do encarceramento, 35% destas mulheres usou inconsistente o preservativo com múltiplos parceiros sexuais, 73% usou drogas, 28% foi diagnosticada com ISTs, 16% possuiu um parceiro sexual que usava drogas injectáveis, e 15% relatou ter-se prostituído. Um estudo de revisão brasileiro, desenvolvido por Strazza, Azevedo, Boccia e Carvalho (2005), compilou os resultados de uma série de estudos que apontam para que a história de vitimização, de comportamentos sexuais de risco, e de consumo de drogas, é muito elevado entre mulheres encarceradas, quando comparada com a da população geral. Neste seguimento, Miranda, Merçon-de-Vargas e Viana (2004), verificaram que, de 121 mulheres encarceradas, 28% apresentava história de ISTs e a grande maioria relatou não utilizar o preservativo durante as relações sexuais. Também Kim, Page-Shafer, Ruiz, Reyes, Delgado, Klausner e colaboradores (2002) desenvolveram um estudo cujo objectivo passou por analisar a vulnerabilidade de mulheres com história de cárcere ou com parceiros com história de cárcere face ao VIH. Os resultados deste estudo, desenvolvido com uma amostra de 235 mulheres residentes em São Francisco, nos E.U.A., demonstraram que as mulheres com uma história prévia de reclusão tinham maiores probabilidades de apresentar história de consumo de drogas injectáveis, troca de sexo por dinheiro ou drogas, e sexo forçado. As mulheres com história de relacionamentos com parceiros encarcerados tinham mais probabilidades de apresentar ISTs e também história de sexo forçado. Os resultados desta investigação sugerem que não é apenas o próprio encarceramento que vulnerabiliza a mulher para o VIH, mas também o dos seus parceiros. De facto, são vários os estudos que evidenciam a elevada prevalência de comportamentos de risco para o VIH entre a população feminina encarcerada.

No que se refere particularmente à população afro-americana, Grinstead, Comfort, McCartney, Koester e Neilands (2008) referem que o encarceramento é uma das principais variáveis associadas ao risco para o VIH, quer nos homens encarcerados, quer nas parceiras com quem mantêm relações. Estes autores desenvolveram uma investigação com o objectivo de desenvolverem uma intervenção dirigida à prevenção do VIH nas mulheres que visitavam os parceiros encarcerados. No decorrer do desenvolvimento do presente estudo de cariz qualitativo, os autores verificaram que



estas mulheres exibiam elevados comportamentos de risco para o SIDA, nomeadamente, ausência ou baixo índice do uso do preservativo, e baixo nível de conhecimentos acerca do VIH/SIDA e do risco do encarceramento dos companheiros para a infecção pelo VIH.

Na opinião de Logan e Leukefeld (2000), a história de cárcere está associada ao risco para o VIH/SIDA porque aqueles que se encontram em situação de maior risco para o VIH/SIDA são aqueles que também estão em maior risco de reclusão ou já estiveram presos. Depreende-se assim que o contexto de risco para ambas as situações se sobrepõe, pelo menos parcialmente. No que se refere à realidade africana, não se encontram estudos específicos acerca dos comportamentos sexuais de risco e consumo de drogas entre a população feminina encarcerada. No entanto, acredita-se que, neste aspecto, a realidade africana não seja muito diferente daquela em que já se verificam muitos estudos realizados como é o caso da realidade europeia, norte-americana ou latino-americana. Como diriam Torres e Gomes (2005), sabe-se que circulam e consomem-se drogas nas prisões da maior parte dos países do mundo. Assim sendo, os países africanos não serão uma excepção a esta constatação, pelo que as mulheres africanas encarceradas estarão também em risco face à transmissão pelo VIH.

Também a prostituição tem vindo a ser fortemente associada ao risco de infecção pelo VIH/SIDA. Espósito e Kahhale (2006) desenvolveram uma investigação qualitativa onde tentaram analisar a construção da subjectividade entre mulheres prostitutas ( $n=9$ ) no que se refere ao processo de produção de sentidos relacionados com a contextualização do VIH no quotidiano de trabalho das participantes. As autoras verificaram que, entre estas prostitutas, a não utilização do preservativo nas relações sexuais com os seus clientes é muito comum, o que as vulnerabiliza muito para a infecção pelo VIH. Este estudo explorou a relação de poder que frequentemente se constrói entre os clientes e as prostitutas, regida por leis de mercado onde a profissional de sexo é vista como uma mercadoria que se deve adaptar às exigências do consumidor (cliente) (Baudrillard, 1995; cit. por Espósito & Kahhale, 2006). De acordo com o relato das participantes, a “vida curta” da profissão de prostituta (que se deve à perda do padrão imposto de beleza e juventude com o avançar da idade) obriga-as a tentar rentabilizar o máximo de dinheiro em pouco tempo, o que favorece as práticas sexuais desprotegidas e o sexo com o maior número possível de parceiros. Também a dispensa do preservativo encontra-se muitas vezes associada a uma melhor remuneração por parte dos clientes. Há um risco acrescido para as prostitutas que tentam ter o maior

número de parceiros possível, na medida em que alguns estudos sugerem que as prostitutas que têm menos parceiros e mais fixos são aquelas que melhor conseguem negociar o uso do preservativo com os seus clientes (Grayman, Nhan, Huong, Jenkins, Carey, West, & Minh, 2005).

Simon, Silva e Paiva (2002) também desenvolveram uma investigação qualitativa com um grupo de prostitutas ( $n=13$ ), onde constataram que, embora se encontrem bem informadas acerca do VIH e usem o preservativo na maioria das relações sexuais com os clientes, a verdade é que facilmente o dispensam quando se trata de relações sexuais com o companheiro, o namorado ou o cliente fixo, acreditando que se tratam de relações “imunes”. Neste seguimento, Lau, Ho, Yang, Wong, Tsui e Ho (2007) também encontraram elevada prevalência de comportamentos de risco numa amostra de prostitutas chinesas ( $n=293$ ). Os resultados deste estudo demonstraram que nos últimos 6 meses, 13,7% das inquiridas relatou ter contraído uma IST; 50,7% referiu não ter usado consistentemente o preservativo com os clientes, representando isso uma melhor remuneração; e 73,3% também não o fez com os parceiros fixos, acreditando que isso abalaria a confiança da relação.

Também Borba e Clapis (2006) desenvolveram um estudo qualitativo acerca do historial de comportamentos de risco para o VIH entre mulheres prostitutas seropositivas ( $n=7$ ), tendo encontrado evidência de comportamentos de risco sexual, uso de drogas, história familiar adversa, e desigualdades no poder de género na história de vida destas mulheres. Em termos de comportamento sexual, verificou-se que o risco surgiu ainda na adolescência, com uma iniciação sexual muito precoce, sem conhecimentos de contracepção e protecção contra as ISTs, que se foi mantendo ao longo dos anos. Relativamente ao uso de drogas, há relatos da sua existência com bastante frequência, tendo referido ainda que, quando se encontravam sob o efeito destas, não sabiam o que faziam. As autoras relacionam este último facto com as relações sexuais com múltiplos parceiros e uma maior exposição a ISTs. A iniciação na prostituição deve-se a questões de sobrevivência e uma grande necessidade de recursos económicos, não tendo sido encontrado nos seus discursos qualquer preocupação com as ISTs, que ficam em último plano quando a necessidade de sobrevivência é muito premente. A grande maioria das entrevistadas provinha de famílias desestruturadas e com más condições de vida. O nível de escolaridade encontrado foi baixo, o que se sabe que dificulta a aquisição de competências para a negociação do sexo seguro. Em termos de relações de género, ficou patente que a escolha pela presença ou não do preservativo

durante as relações sexuais com os clientes, frequentemente, ficava ao critério deles. Como se pode verificar, este estudo com um grupo de mulheres prostitutas, ilustra a série de condições e comportamentos de risco que as coloca em risco de infecção pelo VIH. Markosyan, Babikian, DiClement, Hirsch, Grigoryan e Del Rio (2007) também desenvolveram uma investigação, de cariz quantitativo e qualitativo de forma combinada, com trabalhadoras sexuais arménias ( $n=98$ ), tendo constatado a presença de vários comportamentos de risco para o VIH/SIDA no discurso destas participantes. Os resultados desta investigação revelaram que o uso do preservativo é inexistente ou inconsistente, o consumo de drogas é um hábito corrente, e a prática sexual com clientes utilizadores de drogas injectáveis é frequente. Também foi possível constatar um baixo nível de conhecimentos acerca da transmissão e prevenção do VIH, assim como, relatos de baixa percepção de risco.

A prática da prostituição é transversal a todo o globo. Também nos países africanos a prostituição é uma prática corrente que contribui em grande escala para a vulnerabilidade da mulher face ao VIH/SIDA. Em termos oficiais, em Moçambique, estima-se que existam 30.000 trabalhadoras do sexo (Cooperação Brasil-Moçambique & Ministério da Saúde de Moçambique, 2000), mas deve-se ter em atenção que este número pode estar subestimado, sabendo-se que há muita prática ilegal e não declarada. Além disso, a venda de sexo não se limita apenas a uma troca entre sexo-dinheiro. De acordo com Macuamule e Foreman (2002), em Moçambique, os valores culturais atribuem ao sexo dimensões muito peculiares, ao ponto de homens e mulheres interpretarem os relacionamentos sexuais como negócio – o que um e outro pode dar e receber em troca de sexo (dinheiro, roupa, propinas escolares, alimento, entretenimento, promoção profissional, transição de classe nas escolas, etc.).

Gune (2008) evidenciou a posição de risco para o VIH entre a população africana que se dedica à prática da prostituição, ao desenvolver uma investigação de cariz qualitativo, cujo objectivo passou por compreender as dinâmicas e os significados associados ao uso do preservativo e as implicações sobre os pressupostos subjacentes à sua promoção, com população africana, de ambos os sexos, na qual se encontrava um grupo de prostitutas. No que se refere ao grupo de prostitutas, verificou-se que estas facilmente dispensavam o uso do preservativo quando os clientes assim o solicitavam. Esta cedência acontecia sobretudo quando as prostitutas se encontravam em situação de grande precariedade económica, ou seja, quando “uma jornada foi pouco ou nada rentável e há uma grande necessidade de dinheiro”. Também Karim, Karim, DipData,

Soldan e Zondi (1995) desenvolveram uma investigação qualitativa com 12 prostitutas sul-africanas, onde confirmaram, mais uma vez, o risco desta actividade para a infecção pelo VIH. Os resultados desta investigação demonstraram que, em média, cada uma destas mulheres teve 22 parceiros sexuais diferentes numa semana, havendo algumas (7 entrevistadas) que relataram não usar o preservativo. Além disso, relataram estar dispostas a dispensar o preservativo quando um cliente o solicitasse e evidenciaram história de ISTs. O relato destas mulheres demonstrou que frequentemente são agredidas pelos seus clientes, principalmente, quando sugerem o uso do preservativo, razão que justifica o facto de não se sentirem muito confiantes na negociação do mesmo.

Também tentando colocar em evidência a prostituição como factor de vulnerabilidade para o VIH na mulher africana, Needle, Kroeger, Belani, Achrekar, Parry e Dewing (2008) desenvolveram um estudo etnográfico com trabalhadores sexuais, de origem sul-africana, de ambos os sexos ( $n=52$ ), onde se constatou que é um ambiente de grande envolvimento de consumo de drogas e onde se verifica um elevado grau de dominância masculina sobre as profissionais do sexo feminino. Foi possível constatar que as prostitutas do sexo feminino, frequentemente, ficavam sob o domínio de um homem que lhes servia de “patrão” (ficando com numa percentagem dos lucros da prostituição, senhorio e traficante). Verificou-se que os trabalhadores sexuais do sexo masculino possuíam um maior grau de autonomia em relação a terceiros. Este mesmo estudo evidenciou ainda que, dos 52 participantes, 19 (12 homens e 7 mulheres) eram consumidores de drogas injectáveis, havendo relatos de partilhas de seringas (embora raramente), sobretudo com amigos e familiares, acreditando que assim o risco de infecção pelo VIH seria menor, tratando-se de pessoas conhecidas e supostamente de confiança. Os relatos acerca de relações sexuais sem preservativo em prol de melhores pagamentos foram muito frequentes entre os participantes, principalmente no que se refere às mulheres. Aqui, o consumo de drogas exercia uma grande pressão, na medida em que acediam mais facilmente à dispensa do preservativo quando estavam a “necessitar” do consumo de drogas.

De acordo com a Cooperação Brasil-Moçambique e o Ministério da Saúde de Moçambique (2000), é necessário intervir junto da população que se prostitui, pois encontra-se em risco e é um importante vector da infecção pelo VIH no país, dada a sua participação no número de relações com parceiros diferentes e destes com outros parceiros sexuais. De acordo com estas entidades, as mulheres prostitutas encontram-se

altamente vulneráveis à infecção pelo VIH, devido a uma série de factores individuais e sociais e programáticos. Como factores individuais compreende-se a baixa auto-estima, porque são estigmatizadas pela sociedade e, em geral, vítimas de violência da polícia e de alguns segmentos da população; baixo nível de escolaridade; baixo acesso a informação e serviços de saúde; baixo rendimento, o que susceptibiliza a aceitação da prática sexual sem protecção, etc. São factores sociais para a vulnerabilidade o pensamento machista que impera na sociedade, as condições limítrofes de sobrevivência e o baixo nível de cidadania da população face a este grupo. Entende-se por factores programáticos o baixo investimento dos órgãos oficiais na prevenção junto deste grupo marginalizado, ausência de serviços adequados para atender às suas especificidades, e falta de representação oficial, o que contribui para a baixa cobertura em termos de protecção. Ou seja, dedicar-se à prostituição é uma prática de alto risco para a saúde e também para a integridade física e psicológica, sendo esta vulnerabilidade potenciada por diversos factores de diferente natureza. Muitas das mulheres que se prostituem deparam-se com graves problemas nas suas vidas que não se confinam apenas à probabilidade de contrair uma doença (Guerra & Lima, 2005), mas estes problemas contribuem para a sua vulnerabilidade face à doença, principalmente no que se refere a ISTs, entre as quais, o VIH/SIDA.

Em suma, a literatura tem vindo a cimentar a constatação de que possuir história de cárcere e prostituição é mais um factor de risco e vulnerabilidade para a infecção pelo VIH/SIDA nas mulheres, o que fundamenta a necessidade de intervenções específicas junto de mulheres que se encontrem nestas condições.

### **1.5.2.3. Factores de Risco Sócio-Cognitivos**

#### **a. Nível de Conhecimentos sobre o VIH**

O nível de conhecimentos acerca do VIH/SIDA é um factor de natureza sócio-cognitiva que influencia o percurso sexual das mulheres e, consequentemente, a sua exposição ou não à infecção pelo VIH. A literatura sugere que um elevado volume de população mundial permanece vulnerável ao VIH/SIDA porque desconhece os conceitos básicos da doença e da sua transmissão (Vieira et al., 2003). A prevenção das ISTs e do VIH depende da consciência do risco e de um real conhecimento da doença e das formas de contágio e protecção. É necessário haver uma auto-percepção adequada

para se conseguir evitar comportamentos e situações de risco (Silveira, Béria, Horta, & Tomasi, 2002).

De acordo com Singh (2003), a falta de conhecimentos acerca do VIH/SIDA e de questões relacionadas com a saúde sexual, aliada, a questões biológicas, sociais, culturais e económicas, continua a ser uma das principais causas para a elevada incidência do VIH/SIDA nas mulheres. A importância de possuir informação correcta e rigorosa reside no facto desta se relacionar com a formação de percepções de risco e mecanismos de resposta adequados. Quer isto dizer que as pessoas devem primeiramente estar conscientes dos riscos envolvidos, para, posteriormente, mudarem os seus comportamentos (Ferreira, 2008; Snelling et al., 2007).

Um estudo desenvolvido por Alves, Kovács, Stall e Paiva (2002), com mulheres brasileiras seropositivas, evidenciou que, segundo a percepção das participantes, não conhecer as vias de transmissão e as formas de prevenção foram os factores mais determinantes para a infecção, porque contribuiu para a baixa consciência de vulnerabilidade. Uma outra investigação, realizada por Snelling e colaboradores (2007), com dados acerca de mulheres ( $n=16300$ ) de vários países socioeconomicamente desfavorecidos (Benim, Brasil, Camarões, Republica da África Central, Gabão, Gana, Quênia, Madagáscar, Moçambique, Zâmbia, entre outros), cujo objectivo passou por analisar a relação entre o nível de conhecimentos acerca do SIDA, o nível educacional, a gravidade da epidemia e o comportamento sexual, em mulheres com idades entre os 15-49 anos, concluiu que um nível de conhecimentos elevado acerca do VIH/SIDA encontrou-se associado a um maior uso do preservativo entre as mulheres. Também Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton, e Sheperd (1993) desenvolveram um estudo que permitiu constatar que mulheres grávidas solteiras ( $n=289$ ) tinham um baixo nível de conhecimento relativamente ao VIH/SIDA e que o comportamento sexual manifestado, caracterizado pela ausência do preservativo, colocava-as em risco face à infecção pelo VIH.

No âmbito da importância do nível de conhecimentos acerca do VIH para a protecção sexual da mulher, McManus e Dhar (2008) desenvolveram uma investigação com 251 estudantes indianas do ensino secundário, com o intuito de tentar perceber qual a percepção, conhecimentos e atitudes das participantes face ao SIDA. Este estudo surgiu da necessidade de perceber a causa de tão elevado número de jovens mulheres infectadas no país (na Índia, 32% das infecções são relativas a jovens com idades compreendidas entre os 15-29 anos, e o número de mulheres jovens a viver com o VIH

é o dobro do número relativo aos homens da mesma idade). Os resultados do presente estudo demonstraram que mais de um terço das alunas não tinha uma noção nem compreensão exactas dos sinais do VIH e muitas outras ISTs, cerca de 30% considerou que a infecção por VIH pode ser curada, 49% considerou que os preservativos não devem estar à disposição dos jovens, 41% mostrou-se confusa sobre a possibilidade da pílula poder proteger ou não contra a infecção, e 32% considerou que a pílula só deveria ser utilizada por mulheres casadas. Perante resultados tão desanimadores em termos de conhecimentos, compreende-se o que poderá ser uma das principais causas para índices tão elevados de infecção entre a população feminina jovem na Índia.

A falta de informação acerca do VIH/SIDA também influencia a decisão de fazer ou não o teste. Um estudo desenvolvido por Campbell e Bernhardt (2003) permitiu constatar que a falta de informação acerca do VIH é um dos constrangimentos para a aceitação do teste pré-natal face ao VIH por parte de algumas mulheres. Neste seguimento, também Haile, Chambers e Garrison (2007), no desenvolvimento de uma investigação em contexto sul-africano, com uma amostra mista ( $n=429$ ), constatou que um maior nível de conhecimentos acerca do VIH encontrava-se associado a uma diminuição do preconceito em relação à realização do teste para o VIH.

De facto, são vários os estudos que demonstram ainda uma clara desinformação ou deturpação acerca do VIH, suas formas de transmissão e protecção, que podem influenciar a atitude e o comportamento das mulheres face à sexualidade e ao risco para o VIH. Por exemplo, Vieira, Moura, Pinto e Silva (2003) descrevem os resultados de um estudo com mulheres, onde existia a percepção de que o preservativo é frágil e rompe facilmente, que o preservativo deve ser desenrolado antes de ser utilizado, que o preservativo retira prazer, e que este só deve ser usado quando se mantém relações com múltiplos parceiros.

Em relação à cura, em África, há relatos de que ter relações sexuais com uma jovem virgem elimina o vírus (UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005). Em Moçambique, constata-se relatos de que a SIDA não é fatal e de que é possível identificar uma pessoa infectada apenas pela aparência (Macia & Langa, 2004). De acordo com Monteiro (2005), muitos moçambicanos percebem o VIH como uma doença muito antiga que foi trazida pelos estrangeiros e transmitida, inicialmente, às mulheres; trata-se de uma doença que sempre foi e continua a ser curável de forma tradicional (nos curandeiros), dependendo do estágio em que se encontra. Existe assim um cruzamento de conhecimentos do moderno com a cultura tradicional no que se refere à doença e às

formas de protecção. Não há dúvidas de que a falta de conhecimentos adequados acerca do VIH/SIDA dá azo a uma série de crenças e mitos erróneos que colocam as mulheres e toda a população em geral em alto risco para o VIH.

Ainda em relação ao continente africano, Smith, Visser, Akande, Rosenthal e Moore (1998), compararam os conhecimentos, atitudes e comportamentos de estudantes australianos ( $n=920$ ) e sul-africanos ( $n=228$ ), tendo observado e concluído que os jovens africanos possuíam consideravelmente um menor nível de conhecimentos acerca do VIH, possuíam atitudes mais negativas face ao sexo seguro, e maiores práticas sexuais de risco, do que os seus homólogos australianos. Os sul-africanos também se evidenciaram mais preconceituosos em relação aos portadores do vírus VIH.

Dados da UNICEF (2004) revelam que a percentagem de mulheres africanas jovens, com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, que possuem conhecimentos adequados e suficientes acerca do SIDA, é muito baixa. De acordo com a mesma fonte (UNICEF, 2004), são raríssimos os países africanos cuja percentagem de mulheres com um bom nível de conhecimentos acerca do VIH/SIDA atinge os 40%. Esta constatação é preocupante sabendo-se que África é a zona do globo mais atingida pela doença. Corrobora-se assim a hipótese de que, sem um bom nível de conhecimentos acerca da doença, não é possível atacá-la e preveni-la eficazmente. Na opinião de Monteiro (2005), o desconhecimento da doença é um dos factores que continua a contribuir para a aceleração da doença em alguns países africanos.

No que respeita a alguns indicadores comportamentais e de conhecimento, podemos verificar que, em Moçambique, apenas 20% da população feminina consegue reconhecer as medidas de prevenção do SIDA, comparativamente a 33% da população masculina; 37% da população feminina e 84% da população masculina referem ter tido relações sexuais com parceiros ocasionais nos últimos 12 meses; 27% das mulheres referem ter iniciado a sua vida sexual antes dos 15 anos (não existem dados quanto aos homens); e finalmente, 29% das mulheres, e 33% dos homens moçambicanos referem não ter usado preservativo na sua última relação sexual (UNAIDS, 2006). Denota-se assim um desfavorecimento da mulher no que se refere ao nível de conhecimentos sobre o VIH/SIDA e comportamento preventivo. O factor desconhecimento continua a ser um dos responsáveis pela falta de acção imediata face ao VIH/SIDA em Moçambique (Monteiro, 2005).

Um estudo desenvolvido por Dias, Matos e Gonçalves (2002), com população emigrante africana, demonstrou que ainda existe muito desconhecimento acerca do



SIDA, do seu risco e formas de prevenção, entre a população africana a residir em Portugal. Este estudo evidenciou que grande parte da população estudada ainda acredita na não existência da doença (Dias, Matos & Gonçalves, 2002), logo, também não se interessarão por aprofundar os seus conhecimentos acerca das características da mesma e formas de prevenção e contágio. Nos E.U.A., Schroder, Hobfoll, Jackson e Lavin (2001) constataram que as mulheres afro-americanas possuíam menos conhecimentos acerca do VIH/SIDA do que as euro-americanas.

Porque a sexualidade é vivida num processo de interacção, é necessário que também os companheiros possuam uma percepção adequada do VIH e de tudo o que envolve a doença. De outra forma, as mulheres continuarão em risco. Um estudo desenvolvido por Douthwate e Saroun (2006) com participantes do sexo masculino, solteiros ( $n=665$ ), residentes no Camboja, evidenciou que, aqueles que demonstraram possuir mais conhecimentos acerca do preservativo e suas funções, foram aqueles que efectivamente mais o utilizaram na sua última relação sexual. Estes resultados permitem concluir que o nível de conhecimentos acerca do VIH e sua prevenção nos homens também é um factor de protecção para as mulheres com quem se envolvem. Para se protegerem, é importante as mulheres possuírem um elevado nível de conhecimentos acerca da doença, mas também é imprescindível que o mesmo aconteça com os parceiros com quem se envolvem sexualmente.

Uma investigação desenvolvida por Monteiro e Vasconcelos-Raposo (2006) sugere que, embora seja uma peça fundamental para a mudança comportamental, o conhecimento, por si só, não opera essa mudança. Os resultados de um estudo desenvolvido por estes autores, com jovens estudantes de ambos os sexos ( $n=5890$ ), demonstraram que há um desfasamento entre os conhecimentos acerca da doença e aquilo que expressam nos comportamentos sexuais: os jovens que demonstraram menos uso de métodos de contracepção e evidenciaram maior multiplicidade de parceiros, foram aqueles que, em média, tinham mais conhecimentos acerca do VIH/SIDA. Neste seguimento, outra investigação desenvolvida por Gaspar, Gaspar de Matos, Gonçalves, Ferreira e Linhares (2006) também com população jovem, na sua componente quantitativa (tendo sido desenvolvida posteriormente uma qualitativa) contou com a participação de jovens recrutados na escola ( $n=919$ ) e na comunidade ( $n=118$ ), de ambos os sexos. Os jovens da comunidade (maioritariamente constituídos por indivíduos migrantes dos PALOP's) foram aqueles que tiveram mais relações sexuais e mais precocemente. Por outro lado, foram aqueles que menos referiram utilizar métodos

contraceptivos. No entanto, não se encontram diferenças significativas entre os jovens em relação aos conhecimentos dos modos de transmissão, embora os jovens africanos se encontrassem mais desinformados acerca da transmissão vertical (mãe-bebé). Os jovens africanos referiram recolher informação sobre o VIH essencialmente através da televisão e folhetos informativos; já os portugueses tiveram como principal fonte de informação os pais.

De acordo com Singh (2003), o fornecimento de informação é uma peça fundamental a incluir nas estratégias de prevenção face ao VIH, mas esta tem que ser trabalhada juntamente com componentes motivacionais e um reportório de competências comportamentais. Para se observar mudança comportamental, é necessário integrar uma série de variáveis cognitivas, tais como, conhecimentos de risco face ao VIH, atitudes face ao uso do preservativo, percepção de risco, intenção de mudança comportamental, e auto-eficácia percebida (Somlai, Kelly, Heckman, Hackl, Runge, & Wright, 2000).

Em suma, embora, por si só, não seja uma componente que opere a mudança comportamental, é incontestável a importância que um nível de conhecimento elevado sobre a doença, vias de contágio, formas de prevenção, entre outras, assume na prevenção do VIH/SIDA e na promoção da saúde sexual das mulheres. No entanto, para Ferreira (2008), o poder do conhecimento na mudança comportamental depende de uma série de factores como a classe social, o género, a etnia, e o poder económico. Ou seja, numa sociedade desigual, o nível de conhecimentos que as mulheres possuem e o que operam com ele, depende de muitos outros factores, o que faz com que o conhecimento, isoladamente, não seja sinónimo de comportamentos sexuais seguros efectivos. No entanto, o aumento do nível de conhecimentos sobre o SIDA, entre a população feminina, influencia a mudança dos comportamentos sexuais, principalmente entre as mulheres menos instruídas em termos de escolaridade (Snelling et al., 2007).

#### **b. Crenças e Competências Relacionadas com a Prática do Sexo Seguro**

As crenças que as próprias mulheres e a comunidade onde se encontram inseridas possuem acerca da sexualidade e do VIH/SIDA são variáveis que influenciam o risco para a infecção e transmissão da doença. Estas crenças vão desde percepções negativas e conceitos deturpados acerca da eficácia do preservativo (Simbayi, Kalichman, Jooste, Cherry, Mfecane & Cain, 2003; Vieira et al., 2003), crenças acerca da relação e dedução de infidelidade por parte do parceiro aquando da solicitação do

preservativo (Amorim & Andrade, 2006; Fazekas, Senn & Ledgerwood, 2001; Gune, 2008; Lau, Tang, Siah e Tsui, 2002), crenças comunitárias acerca da subjugação da mulher no que se refere à sexualidade (UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005), até crenças erróneas acerca das causas, transmissão e cura do VIH (Andersson, Ho-Foster, Matthis, Marokoane, Mashiane et al., 2004; Bunnell, Nassozi, Marum, Mubangizi, Malamba et al., 2005; Macia & Langa, 2004; Petersen, Bhana & McKay, 2005; Plummer, Mshana, Wamoyi, Shigongo, Hayes, Ross & Wight, 2006; UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005).

Vieira e colaboradoras (2003) desenvolveram uma intervenção direccionada para a prevenção do VIH/SIDA em Portugal, que contou com a participação de quatro grupos distintos de mulheres (indiferenciadas, minorias étnicas, prostitutas e consumidoras de drogas). Os resultados da investigação onde se inseriu este programa preventivo permitiram concluir que, após sensibilizadas, as mulheres de todos os grupos mostraram-se mais informadas e atentas aos comportamentos susceptíveis de contágio, assim como, sensibilizadas para o uso do preservativo. No entanto, é de salientar que a maioria das mulheres de todos os grupos mostrou intenção de ceder quando questionadas sobre a possibilidade do parceiro se negar a ter relações sem preservativo. Este estudo concluiu ainda que, mesmo informadas, prevalece nestas mulheres a ideia de que a relação com o parceiro principal é imune ao risco de contrair o SIDA, mesmo sabendo ou tendo a certeza da existência de outros relacionamentos por parte dos parceiros. No que se refere a crenças e estereótipos acerca do uso do preservativo, este estudo demonstrou que a maioria das mulheres de todos os grupos, inclusive as prostitutas (que foram aquelas que mais evidenciaram o seu uso), acredita que o preservativo é frágil e rompe facilmente; quase 50% das participantes também acredita que o preservativo deve ser desenrolado antes de ser utilizado, o que demonstra desconhecimento quanto ao uso correcto do mesmo; e uma grande maioria posiciona-se num valor intermédio (“não concorda nem discorda”) quando questionadas sobre o facto do preservativo diminuir o prazer sexual. A maioria das mulheres do grupo das prostitutas concorda que o preservativo atrasa o orgasmo e que as pessoas devem usar o preservativo apenas quando têm relações com vários parceiros. Quando questionadas sobre a responsabilidade da apresentação e sugestão do preservativo na dinâmica sexual, os grupos das mulheres indiferenciadas e provenientes de minorias étnicas foram aquelas que mais concordaram que deve ser o homem a trazer o preservativo e a apresentá-lo no momento certo. Este estudo permite verificar que há várias crenças erróneas acerca do uso do preservativo que condicionam as competências relacionadas

com a prática do sexo seguro. Neste seguimento, também uma investigação desenvolvida por Simbayi, Kalichman, Jooste, Cherry, Mfecane e Cain (2005), com o objectivo de analisar os factores de risco para o VIH na população jovem ( $n=115$ ), demonstrou que, no que se refere à população feminina, a crença de que o preservativo é um acessório desagradável, foi o factor mais associado a comportamentos sexuais de risco.

Também as crenças acerca da relação, nomeadamente, a percepção de imunidade em relação ao parceiro regular, e as crenças relacionadas com a dedução de infidelidade por parte do parceiro aquando da solicitação do preservativo, podem condicionar a mulher na direcção de comportamentos sexuais arriscados. Neste sentido, o estudo de Lau, Tang, Siah e Tsui (2002), demonstrou que a crença na “confiança do parceiro” foi um dos principais factores para a não utilização do uso do preservativo por parte de uma população feminina de Hong Kong ( $n=2076$ ), tendo-se verificado que “a falta de necessidade” baseada na “confiança” foram as razões mais apresentadas por estas mulheres para justificarem a não utilização do preservativo. Também Amorim e Andrade (2006), no decorrer de um estudo qualitativo com mulheres heterossexuais sexualmente activas ( $n=12$ ), concluíram que a percepção de estabilidade nas relações afectivas foi um dos maiores entraves à utilização do preservativo. A não utilização do preservativo encontrava-se associada à crença de se encontrarem num relacionamento afectivo-sexual estável, em que acreditavam na fidelidade do parceiro. Gune (2008) também desenvolveu um estudo etnográfico com população africana, de ambos os sexos ( $n=12$ ), onde verificou que o factor “confiança” foi um dos maiores constrangimentos à utilização consistente do preservativo, tendo os participantes relatado que o preservativo se torna dispensável quando as relações sexuais envolvem parceiros habituais em quem confiam. Neste seguimento, surge-nos ainda o estudo de Fazekas, Senn e Ledgerwood (2001), cujos resultados demonstram que as participantes que acreditavam que a actividade sexual com a utilização do preservativo era sinónimo de responsabilidade e não afectava a percepção de confiança por parte dos parceiros, eram aquelas que efectivamente possuíam maiores probabilidades de o usar.

Relativamente à questão da dedução de infidelidade por parte do parceiro quando as mulheres solicitam a utilização do preservativo, surge-nos o estudo de Wingood e DiClemente (1998b), desenvolvido com mulheres afro-americanas ( $n=128$ ), onde se verificou que 45.3% relatou não usar preservativo, tendo-se constatado que este comportamento se encontrava fortemente associada à crença de que as mulheres que

negoceiam a utilização do preservativo podem deixar implícita a ideia de infidelidade ou instabilidade na relação perante os parceiros.

No que se refere ao continente africano, de acordo com as organizações UNFPA, UNIFEM e OSAGI (2005), as questões relativas ao sexo seguro e saúde reprodutiva nem sempre estão disponíveis para as mulheres, devido ao estigma e ao tabu. Os papéis de subordinação das mulheres são sustentados por normas e crenças culturais que as privam do poder de tomada de decisão sobre questões sexuais, tal como negociar práticas de sexo seguras.

Em algumas culturas africanas há a crença de que a prática do sexo com raparigas virgens mantém os homens jovens e evita ou cura a infecção pelo VIH, o que tem contribuído para encorajar o casamento de meninas quase na infância, e a disseminação do VIH em mulheres muito jovens (UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005). Um estudo desenvolvido por Andersson, Ho-Foster, Matthis, Marokoane, Mashiane e colaboradores (2004), com jovens sul-africanos ( $n=269705$ ) de ambos os sexos, corroborou esta mesma ideia. Os resultados deste estudo demonstram que alguns dos participantes do sexo masculino acreditavam seriamente que ter relações com uma jovem virgem cura a infecção pelo VIH/SIDA. Os autores verificaram ainda que os jovens que exibiam relatos como este faziam parte do grupo daqueles (11% dos inquiridos) que admitiu já ter forçado alguém a ter relações sexuais. Encontraram também uma forte associação entre os seguintes três factores: ter sido perpetrador, acreditar que ter relações com uma virgem pode curar o VIH, e acreditar que o preservativo não é uma boa forma de protecção contra o VIH. Neste seguimento, também um estudo qualitativo desenvolvido por Petersen, Bhana e McKay (2005), no mesmo contexto sul-africano, corroborou a ideia de que, entre alguns homens, existe a crença de que ter relações com uma mulher virgem cura o VIH. Esta crença popular dá azo a situações de violação sexual de meninas em idade precoce. Os resultados desta investigação levam-nos a concluir que, face a estas crenças, a mulher, especialmente a africana, encontra-se em elevado risco para a vitimização sexual e para a infecção pelo VIH/SIDA e outras ISTs.

Os resultados de uma investigação desenvolvida por Plummer, Mshana, Wamoyi, Shigongo, Hayes, Ross e Wight (2006) na Tanzânia, com 158 indivíduos de várias aldeias, demonstraram que há pessoas que procuram explicação e cura para o VIH na medicina tradicional, ou seja, nos curandeiros, onde a causa do VIH/SIDA é atribuída a “bruxarias” e questões sobrenaturais, acreditando-se que esta doença

também pode ter cura. Esta é uma constatação alarmante, na medida em que se diminui a gravidade da doença e a responsabilidade pessoal, acreditando-se que ela tem uma cura fácil. A ausência de conhecimentos correctos acerca do VIH/SIDA e suas formas de prevenção frequentemente dá lugar a uma série de crenças que vão sendo validadas socialmente. Os resultados de uma investigação desenvolvida por Macia e Langa (2004) demonstraram que, em Moçambique, muitas crenças erróneas envolvem a questão do SIDA, tais como, acreditar que não é a SIDA que mata, mas sim o facto de ter relações sexuais com uma mulher que abortou; e que é possível ter relações seguras com um parceiro (a) que conheça sem a utilização do preservativo, na medida em que só pela aparência é possível verificar se a pessoa se encontra infectada ou não. Os resultados deste estudo demonstram o quanto as crenças que envolvem o VIH/SIDA podem deturpar a realidade e os correctos conhecimentos acerca da doença, colocando assim as mulheres em risco de infecção.

Também Bunnell, Nassozi, Marum, Mubangizi, Malamba e colaboradores (2005), no decorrer de um estudo qualitativo com casais ugandeses ( $n=67$ ), em que um dos membros se encontrava infectado pelo VIH, constataram que, neste contexto, há muitas crenças erróneas acerca da infecção pelo VIH/SIDA. Uma grande parte da amostra referiu acreditar que há pessoas imunes ao VIH, dependendo do tipo de sangue que possuem. Na opinião destes entrevistados há pessoas com um tipo de sangue específico (que não referiram qual) que, mesmo incorrendo em comportamentos de alto risco, estão imunes à infecção. A acreditar neste tipo de afirmações, é legítimo considerar que muitas mulheres se colocam em risco, principalmente aquelas que possuem o tipo de sangue considerado imunitário, na medida em que se podem convencer de que estão protegidas.

Quando se aborda a questão das influências psicossociais nos comportamentos de risco para o VIH/SIDA na mulher, não se pode descuidar uma série de componentes cognitivas, tais como, (1) a percepção de risco, (2) a percepção da eficácia da resposta, (3) a percepção de custos da prática sexual segura e (4) a auto-eficácia. Neste sentido, a literatura tem vindo a sugerir que as mulheres que relatam envolvimento em comportamentos sexuais de risco tendem a não se perceberem como estando em risco (Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Shepherd, 1993; Schroder et al., 2001; Somali et al., 2000), o que realça a importância da percepção de risco ou de susceptibilidade face ao VIH neste tipo de abordagem.

Em relação à baixa percepção de risco, esta apresenta-se como um claro factor de risco para o VIH. Neste âmbito, surge-nos uma investigação desenvolvida por Monteiro e Vasconcelos-Raposo (2006) com jovens estudantes portugueses, de ambos os sexos ( $n=5890$ ), onde se verificou uma baixa percepção de vulnerabilidade, na medida em que os jovens inquiridos manifestaram minimização do risco e a percepção de um certo optimismo face à doença. Os autores sugerem que o elevado nível de conhecimentos sobre a doença propicia um forte sentimento de auto-confiança e controle, da mesma forma que no imaginário social permanece a ideia da invulnerabilidade heterossexual.

Também Hobfoll e colaboradores (1993) desenvolveram uma investigação onde verificaram que mulheres grávidas solteiras não se percepcionavam como estando em risco para o VIH, embora considerassem que os heterossexuais em geral estavam. Os resultados deste estudo demonstraram que a baixa percepção de risco se encontrava relacionada com práticas sexuais desprotegidas, dado verificar-se que menos de 10% usava o preservativo, e 35% das participantes relatou nunca discutir a prevenção do VIH com os seus parceiros. Na opinião dos autores, esta baixa percepção de risco poderá advir do facto destas mulheres possuírem um único parceiro sexual e considerarem que o seu comportamento sexual passado e presente não as coloca em risco. Neste seguimento, também um estudo desenvolvido por Santos, Buchalla, Filipe, Bugamelli, Garcia e Paiva (2002) permitiu constatar que a baixa percepção de risco efectivamente influencia as mulheres na prática de comportamentos sexuais desprotegidos, mesmo quando se encontram em situação de alto risco. Os resultados deste estudo demonstram que várias mulheres seropositivas ( $n=158$ ), que no passado se encontraram em verdadeira situação de risco (com parceiros bissexuais e utilizadores de drogas endovenosas) relataram não ter utilizado o preservativo porque se percepcionavam como não estando em risco para a infecção pelo VIH. Também Alves e colaboradores (2002), num estudo qualitativo desenvolvido com mulheres brasileiras ( $n=26$ ) que aguardavam o resultado do teste para o VIH, constataram que as participantes consideravam que o VIH pode atingir qualquer um. No entanto, nenhuma delas acreditava estar infectada. Na opinião dos autores, mesmo entre mulheres de risco, os mecanismos psicológicos de negação, evitamento, e projecção são muito frequentes quando está em causa a possibilidade de um estado de seropositividade.

Finkler, Braga e Gomes (2004) referem que mesmo os casais que admitem estar susceptíveis à infecção pelo VIH são ambivalentes no momento de optarem por acções

preventivas e, na opinião dos autores, isto acontece porque no conceito de amor romântico é muito difícil comportar uma dimensão de risco. Os resultados de um estudo qualitativo desenvolvido por estes autores, com 15 casais em risco, recrutados num Centro de Testagem e Aconselhamento, demonstram que há uma tendência para não reconhecer o risco relacionado com o cônjuge e, quando reconhecido, há um esforço para tentar encobri-lo. No relato dos casais deste estudo, a fidelidade é uma parte intrínseca do ser casal, onde a quebra de fidelidade implica a quebra do relacionamento. Assim, a inclusão da possibilidade de risco exigiria uma avaliação racional que não faz parte do amor romântico que estes casais idealizam. Neste seguimento, Praça e Gualda (2003) referem que a percepção de insusceptibilidade que as mulheres tendem a sentir em relação aos seus parceiros, dependendo unicamente do comportamento deles para se manterem saudáveis, é uma das causas que tem vindo a contribuir para a crescente “heterossexualização” do VIH.

Uma outra investigação desenvolvida por Silveira e colaboradores (2002) permitiu verificar que mesmo incorrendo em comportamentos desprotegidos, há mulheres que se percebem como não estando em risco. Esta investigação com uma amostra de mulheres ( $n=1543$ ) heterossexuais, sexualmente activas, evidenciou que, apesar de apresentarem vários tipos de comportamentos de risco, tais como, não utilização do preservativo na última relação sexual (72%), início das relações sexuais antes dos 18 anos (47%), uso de drogas e/ou álcool por parte do parceiro antes da última relação sexual (14%), uso de álcool e/ou drogas antes da última relação sexual (7%), existência de dois ou mais parceiros nos últimos três meses (7%), e sexo anal na última relação sexual (3%), 64% das mulheres considerou ser impossível ou quase impossível adquirir VIH ou outra IST.

Relativamente ao contexto africano especificamente, surge-nos um estudo de Kibombo, Neema e Ahmed (2007), desenvolvido com adolescentes de ambos os sexos (2513 homens e 2599 mulheres), do Uganda, que revelou que a percepção de risco destes jovens para o VIH está muito associada aos seus comportamentos sexuais. No caso dos homens, houve uma forte associação entre elevada percepção de risco e aumento dos comportamentos protectores (abstinência, fidelidade total e uso do preservativo); no que se refere às mulheres, esta associação não é tão significativa. Ou seja, mesmo entre aquelas que possuíam elevada percepção de risco, observaram-se comportamentos desprotegidos. Os autores defendem esta diferença a partir de factores económicos e sociais. Na sua opinião, independentemente do seu comportamento



sexual, as mulheres sentem-se altamente vulneráveis ao VIH, por outro lado, há constrangimentos de ordem social, nomeadamente, dependência económica, que impedem a efectivação de comportamentos sexuais mais seguros.

No que se refere a diferenças étnicas na percepção de risco, um estudo de Schroder e colaboradores (2001), desenvolvido com mulheres afro-americanas e euro-americanas, demonstrou que as primeiras relataram maior percepção de risco pessoal e comunitário, tendo para isso contribuído o facto dos parceiros terem estado presos no decorrer do último ano, terem usado drogas endovenosas no passado, e acreditarem que estes tiveram relações homossexuais ou múltiplos parceiros sexuais no passado. Em ambos os grupos de mulheres, maior percepção de risco encontrava-se associada a um maior uso do preservativo. Também os resultados de uma investigação desenvolvida por Grant e Ragsdale (2008), com mulheres maduras (com idades compreendidas entre os 45 e os 68 anos) demonstraram que as mulheres afro-americanas apresentaram maior percepção de risco para o VIH e outras ISTs do que as mulheres caucasianas. Os resultados destas investigações são curiosos e polémicos, na medida em que, apesar de possuírem maior percepção de risco (tido como um factor protector), as mulheres afro-americanas são as mais representadas em termos de incidência de VIH (Catania, Coates, Kegeles et al., 1992; Guinan & Leviton, 1995; Locke & Newcomb, 2008; Marin, Tschann, Gomez & Kegeles, 1993), o que sugere que nem sempre a elevada percepção de risco é sinónimo de maiores cuidados na direcção de comportamentos mais seguros.

Apesar de vários estudos, tais como os que se encontram supracitados, nos apontarem a percepção de vulnerabilidade como factor protector face ao SIDA, outros estudos sugerem que esta variável não se encontra assim tão associada ao uso efectivo do preservativo. Por exemplo, um estudo desenvolvido por Harvey e colaboradores (2006), com um grupo de mulheres heterossexuais ( $n=435$ ) e cujo objectivo passou por criar um modelo explicativo para o uso do preservativo nas mulheres, tendo por base uma série de factores interpessoais e relacionais, demonstrou que, ao contrário do que os autores previam, a vulnerabilidade percebida, assim como, a auto-eficácia, não se apresentaram como preditores significativos para a intenção do uso do preservativo.

No que se refere à percepção da eficácia na resposta, a literatura sugere que as mulheres que acreditam na eficácia de métodos efectivamente protectores são aquelas que tendem a usá-los. Um estudo de Anderson e colaboradores (1996) revela que as mulheres que relataram que acreditavam que os preservativos e os espermicidas as protegiam contra as ISTs, possuíam duas vezes mais probabilidade de utilizarem sempre

ou quase sempre o preservativo no decorrer das relações sexuais. Há estudos que demonstram a ambivalência das mulheres em relação à percepção de eficácia do uso do preservativo. Ou seja, há mulheres que reconhecem no preservativo uma medida eficaz para a prevenção do risco de infecção pelo VIH (Hobfoll et. al., 1993). No entanto, também há registo de mulheres que ainda não acreditam na eficácia do uso do preservativo (Lau, Tang, Siah & Tsui, 2002). Por exemplo, Hobfoll (1993) e colaboradores desenvolveram uma investigação onde foi possível constatar que as mulheres estudadas percepcionavam o preservativo e a abstinência como dois métodos eficazes na redução do risco de infecção pelo VIH. Por outro lado, este mesmo estudo revela também que há mulheres que acreditam na relevância preventiva de métodos sem eficácia comprovada como é o caso do diafragma. Também um estudo desenvolvido por Lau e colaboradores (2002) revela que há mulheres que não percepcionam o preservativo como uma medida eficaz na prevenção da infecção pelo VIH. Em relação a esta questão, há estudos, como o de Lawrence, desenvolvido em 1995, que demonstram que, quando sujeitas a intervenções que desmistificam a natureza e uso do preservativos, as mulheres aumentam a crença na sua eficácia, até mesmo mais do que os homens, quando comparados os resultados de ambos os sexos (Lawrence, 1995; cit. por Antunes, Peres, Paiva, Stall & Hearst, 2002). Por este motivo, Antunes e colaboradores (2002) são da opinião que devem ser criados espaços que treinem competências para o uso do preservativo como forma de o desmistificar e como forma de que este seja percebido como uma medida de protecção sexual eficaz.

Quanto à percepção de custos na utilização do preservativo, a literatura sugere que a mudança comportamental em relação ao comportamento sexual, nomeadamente o uso do preservativo, dá-se tendo por base, entre outros aspectos, a avaliação dos inconvenientes que esta modificação pode causar (Fernandes, 1994). De acordo com Moore e Halford (1999), estes custos agrupam-se nas seguintes categorias: (1) dificuldades de comunicação, (2) interferência na activação sexual, (3) percepção do preservativo como tendo baixo potencial erótico, (4) justificação da confiança, e (5) dificuldades práticas. De acordo com os resultados do presente estudo, desenvolvido com uma amostra de 400 indivíduos heterossexuais de ambos os sexos, nas mulheres, as barreiras prendem-se essencialmente com questões ligadas às dificuldades práticas com os preservativos; nos homens, os custos encontram-se associados sobretudo com questões ligadas à interferência na activação sexual e as justificações relacionadas com a confiança. Anderson e colaboradores (1996) referem que as atitudes acerca dos

preservativos e a efectiva utilização dos mesmos encontram-se relacionadas entre si, na medida em que se verifica que aqueles que o usam desenvolvem atitudes mais positivas em relação a ele.

Relativamente ao continente africano, no que se refere à abordagem da percepção de custos relativamente ao sexo seguro, surge-nos um estudo de Buck, Kang, Straten, Khumalo-Sakutukwa, Posner e Padian (2005) acerca da percepção de barreiras face ao sexo protegido e a algumas formas de contracepção por parte de mulheres zimbabueanas ( $n=68$ ) e respectivos parceiros ( $n=34$ ). Os resultados desta investigação qualitativa, desenvolvida em *focus group*, com discussões temáticas e o desenvolvimento de entrevistas aprofundadas, demonstram que o método contraceptivo mais aceite pela esmagadora maioria dos homens e por mais de metade das mulheres foi o diafragma, pois são controlados pelas mulheres (aspecto que agrada quer ao universo masculino, quer feminino), não é percepcionado como diminuidor do prazer sexual e não envolve qualquer tipo de estigma social. Já os preservativos, quer masculino, quer feminino, são menos aceites por serem percepcionados como interferentes na espontaneidade e no prazer sexual. Além disso, de acordo com o relato dos participantes, o preservativo é cultural e socialmente associado a práticas sexuais extraconjugais e à prática da prostituição, facto este que também contribui para que os casais o percepcionem negativamente, devido ao estigma que comporta. Os resultados desta investigação elucidam acerca da percepção de barreiras e do poder das normas culturais e sociais na adopção dos métodos contraceptivos e de protecção social. Mais uma vez, fica evidente que é ineficaz tentar contrariar comportamentos disfuncionais no que se refere à prática sexual, se não se tentar compreender e contrariar primeiramente as normas socioculturais que os sustentam e impossibilitam a adopção de comportamentos mais saudáveis.

Em relação à auto-eficácia, são vários os estudos que confirmam a importância desta variável na prática de comportamentos sexuais seguros (e.g. Costa & Leal, 2005; Baele, Dusserdorf & Maes, 2001; O'Leary & Jemmott, 1995; Pallonen, Williams, Timpson, Bowen & Ross, 2008; Rogado & Leal, 2000), tal como se verificará no sub-capítulo que se segue.

Resumindo, são várias as crenças e atitudes que podem inviabilizar os esforços da mulher no sentido de adoptar comportamentos sexuais protegidos. Assim, será legítimo considerar que os programas e intervenções que visam a promoção da sexualidade segura na mulher, particularmente na mulher africana, devem ir no sentido

de aumentar os conhecimentos acerca do VIH, diminuir a invulnerabilidade percebida e desmistificar crenças negativas e mitos erróneos acerca da sexualidade segura e da própria doença.

### **c. Auto-Eficácia**

Entende-se por auto-eficácia a crença de que se consegue exercer controlo sobre a própria motivação, processos de pensamento, estados emocionais e padrões de comportamento (Bandura, 1994; cit. por Costa, 2007). Este construto define que as pessoas tendem a evitar as situações que julgam exceder as suas capacidades e a enfrentar aquelas que se julgam capazes de gerir (Ribeiro, 1995; cit. por Costa & Leal, 2005). Assim, quanto maior for a percepção de eficácia, mais persistente é o esforço face a um dado comportamento (Costa & Leal, 2005).

São vários os estudos que, nos últimos anos, se debruçaram sobre a relação entre os níveis de auto-eficácia e os comportamentos sexuais de risco, pois a literatura sugere que as crenças de auto-eficácia se encontram altamente relacionadas com o comportamento sexual seguro (O'Leary & Jemmott, 1995; Pallonen, Williams, Timpson, Bowen & Ross, 2008; Rogado & Leal, 2000). Vários estudos têm permitido concluir que elevados níveis de auto-eficácia estão relacionados com o uso efectivo do preservativo (Rogado & Leal, 2000). Ou seja, uma auto-eficácia limitada na negociação do preservativo é considerada um factor de risco comportamental para o sexo seguro (Wingood & DiClemente, 2002). O estudo desta variável é de extrema importância, porque, tal como já tem vindo a ser referido, grande parte dos constrangimentos das mulheres em protegerem-se a nível sexual advém da sua dificuldade em negociar o sexo seguro com os seus parceiros. As crenças de auto-eficácia em relação ao sexo seguro são relevantes em três domínios: no uso do preservativo e técnicas sexuais não penetrativas, na negociação com os parceiros, e no auto-controle relativamente ao uso de álcool e drogas (O'Leary & Jemmott, 1995). Os estudos desenvolvidos nos últimos anos têm-se debruçado especialmente sobre a auto-eficácia para o uso do preservativo.

São várias as investigações desenvolvidas com amostras de população feminina e mista que têm evidenciado a importância dos elevados níveis de auto-eficácia na efectivação de comportamentos sexuais seguros. Por exemplo, Baele, Dusserdorf e Maes (2001) desenvolveram uma investigação com uma amostra de adolescentes, cujos resultados demonstraram que a auto-eficácia geral é um dos mais fortes preditores na intenção do uso do preservativo. Ou seja, a auto-eficácia no uso do preservativo

encontrava-se associada à intenção comportamental para a prática do sexo seguro. Neste seguimento, também Chewing, Douglas, Kokotailo, LaCourt, St. Clair e Wilson (2001) desenvolveram uma investigação com uma população de adolescentes americanos descendentes de indianos, onde utilizaram três escalas de auto-eficácia direccionadas para os comportamentos sexuais. Os resultados deste estudo demonstraram que a elevada auto-eficácia nos comportamentos sexuais seguros revelou-se como um factor protector para estes adolescentes. A auto-eficácia de se absterem do sexo e de utilizarem preservativos encontrava-se fortemente associada com o evitamento das relações sexuais e com o uso consistente do preservativo, respectivamente. A corroborar esta ideia, surgem os resultados de um estudo levado a cabo por Kang, Deren, Andia, Colón e Robles (2004), com um grupo de indivíduos toxicodependentes, onde demonstraram que melhorar os níveis de auto-eficácia para os comportamentos protectores ajuda a reduzir os comportamentos de risco para a transmissão do VIH. Os autores verificaram que os consumidores de drogas que apresentavam mudanças negativas na auto-eficácia possuíam maior probabilidade de se envolverem em comportamentos sexuais de risco do que aqueles sem mudança ou com mudança positiva ao nível da auto-eficácia.

Um outro estudo desenvolvido por Denner, Organista, Dupree e Thrush (2005), com população mexicana ( $n=366$ ), a residir nos E.U.A., de ambos os sexos, com o objectivo de identificar os preditores psicossociais de risco para o VIH nesta população de baixos recursos, concluiu que o factor auto-eficácia foi aquele que melhor conseguiu prever a utilização do preservativo. O mesmo estudo concluiu que as mulheres são aquelas que se encontram em maior risco para o VIH/SIDA. Também Giles, Liddell e Bydawell (2005), desenvolveram uma investigação com 152 jovens (48% do sexo masculino e 52% do sexo feminino), cujo objectivo passou por identificar os determinantes individuais e de grupo que predizem o uso do preservativo. Este estudo demonstrou que a auto-eficácia, juntamente com as normas subjectivas, foram as variáveis que melhor predisseram a intenção do uso do preservativo neste grupo de jovens. Uma outra investigação desenvolvida por Muñoz-Silva, Sánchez-Garcia, Nunes e Martins (2007), também com uma amostra de jovens, neste caso estudantes universitários portugueses e espanhóis ( $n=603$ ), de ambos os sexos (345 mulheres e 258 homens), demonstrou que a auto-eficácia, juntamente com as atitudes e as normas subjectivas, foram os melhores preditores para a intenção do uso do preservativo. Também Pallonen, Williams, Timpson, Bowen e Ross (2008), no decorrer de uma

investigação desenvolvida com população afro-americana ( $n=449$ ), heterossexual, consumidora de crack, constatou que a auto-eficácia, juntamente com a responsabilidade pessoal, se encontrava associada à mudança no sentido de comportamentos sexuais mais seguros.

Um estudo desenvolvido por Longshore, Stein e Chin (2006), em contexto norte-americano, com uma amostra de homens ( $n=337$ ) e mulheres ( $n=263$ ) sexualmente activos e utilizadores de drogas, permitiu verificar alguns dos preditores psicossociais mais associados a comportamentos sexuais seguros para cada um dos grupos. No que respeita à população masculina, o elevado nível de conhecimentos acerca do VIH/SIDA apresentou-se como sendo o melhor preditor face a comportamentos sexuais mais seguros. No que respeita à população feminina, maioritariamente de origem africana (61.1%), verificou-se que elevados níveis de auto-eficácia eram o factor mais significativamente associado a comportamentos sexuais seguros. Por sua vez, a auto-eficácia nas mulheres mostrou-se significativamente correlacionada com outros factores como a percepção de risco, as normas percebidas e o nível de conhecimentos.

A literatura sugere que as características da relação medeiam a relação entre os níveis de auto-eficácia e os comportamentos sexuais da mulher. Uma investigação desenvolvida por Zhao, Wang, Fang, Li e Stanton (2008), com uma amostra de prostitutas chinesas ( $n=309$ ) demonstrou que elevados níveis de auto-eficácia encontravam-se positivamente correlacionados com as competências de negociação e a intenção do uso do preservativo com os clientes. No entanto, quando se tratava dos parceiros estáveis os resultados não se apresentaram tão positivos. Estes dados permitem declarar que a ideia de confiança e fidelidade assumidas nas relações estáveis apresentam-se como entraves ao sexo seguro (Amorim & Andrade, 2006; Theall, Sterk & Elifson, 2003).

No que se refere a estudos acerca da importância da auto-eficácia nos comportamentos de risco na mulher africana, estes, mais uma vez, escasseiam. No entanto, é possível atender aos resultados de alguns estudos efectuados com mulheres africanas a residir noutros países. Neste sentido, apresentam-se os resultados de uma investigação desenvolvida por O'Leary, Jemmott e Jemmott (2008), com mulheres afro-americanas em risco para o VIH ( $n=564$ ), cujo objectivo passou por avaliar a eficácia de uma intervenção designada "*Sister-to-Sister*". Os resultados deste estudo permitiram verificar que a variável auto-eficácia demonstrou ser um dos mais importantes preditores para o sexo seguro nestas mulheres.

Também um estudo comparativo, entre mulheres portuguesas e cabo-verdianas, desenvolvido por Rogado e Leal (2000), com o objectivo de avaliar auto-eficácia, crenças, e comportamentos sexuais de risco entre os dois grupos, confirmou a importância da auto-eficácia como preditor de comportamentos sexuais protegidos. O grupo de mulheres cabo-verdianas foi aquele que evidenciou menores níveis de auto-eficácia e maiores níveis de crenças negativas face ao uso do preservativo e, consequentemente, mais práticas sexuais desprotegidas. As mulheres portuguesas, em termos de crenças e auto-eficácia, posicionaram-se de forma clara no sentido de crenças favoráveis face ao uso do preservativo e de um bom nível de auto-eficácia. Aqui a idade do parceiro mostrou estar correlacionada negativamente com a auto-eficácia, o que confirma a ideia de que, sendo mais velhos, os homens têm mais experiência no campo sexual, podendo com maior facilidade fazer valer as suas ideias, dando origem a que a parceira se coloque num plano inferior, o que diminui os seus níveis de auto-eficácia face ao uso do preservativo. Este estudo permitiu ainda clarificar a ideia de que os níveis de auto-eficácia frequentemente estão associados a questões culturais. Na opinião das autoras, atendendo à auto-eficácia face ao uso do preservativo e sendo ela, para além das crenças nas capacidades individuais, influenciada por uma série de factores, tais como, a capacidade de comunicação acerca da sexualidade e capacidade de negociar com o parceiro, pode-se tornar mais difícil para as mulheres cabo-verdianas atingir os mesmos níveis de auto-eficácia do que as mulheres portuguesas, na medida em que, culturalmente, é mais difícil para as primeiras falarem sobre sexualidade.

Uma outra investigação desenvolvida por Williams e colaboradores (2008), com uma amostra de homens e mulheres afro-americanos (402 homens e 157 mulheres), evidenciou que a auto-eficácia se apresentava como uma importante variável para o uso do preservativo em ambos os sexos. No entanto, numa análise comparativa, os autores verificaram diferenças entre homens e mulheres, sendo as mulheres mais influenciadas pela auto-eficácia no uso do preservativo do que os homens. Nas mulheres, a auto-eficácia juntamente com as normas pessoais e subjectivas apresentaram-se como os melhores preditores para a intenção do uso do preservativo. Já nos homens, verificou-se que as normas pessoais demonstraram ser a variável que melhor prediz a intenção do uso do preservativo.

Heeren, Jemmott, Mandeys e Tyler (2007) desenvolveram uma investigação, cujo objectivo passou por avaliar o poder preditivo da Teoria do Comportamento Planeado em estudantes universitárias sul-africanas ( $n=251$ ) e norte-americanas

( $n=160$ ), que permitiu verificar que, no que se refere às estudantes africanas, a intenção e o uso do preservativo foram significativamente preditos pela atitude positiva, pelas normas subjectivas e, principalmente, pelo nível de auto-eficácia. Já na amostra norte-americana, as normas subjectivas apresentaram-se como principal preditor da intenção e uso do preservativo. Ou seja, mais uma vez se corroborou a importância da auto-eficácia como preditor de comportamentos sexuais seguros na mulher em geral e na mulher africana em particular.

Em contexto africano, mais propriamente na África do Sul, Boer e Mashamba (2007) desenvolveram uma investigação que procurou identificar as variáveis psicossociais (derivadas da Teoria do Comportamento Planeado e da Teoria da Motivação para a Protecção) associadas à intenção para o uso do preservativo numa amostra de homens ( $n=94$ ) e mulheres ( $n=101$ ) da cidade de Venda. Os autores partiram da premissa de que, num contexto como o africano, em que há o conhecimento de que a desigualdade de poder entre os géneros gera vulnerabilidades na protecção sexual das mulheres, é muito importante conhecer os factores psicossociais que estão associados à intenção para a utilização do preservativo. Assim, os resultados desta investigação demonstraram que, entre os homens, os principais preditores para o uso do preservativo foram as normas subjectivas e as atitudes; no caso das mulheres, as variáveis mais significativamente associadas à intenção para o uso do preservativo foi igualmente as atitudes, mas também a auto-eficácia. Ou seja, também em contexto africano, a auto-eficácia revela-se como uma das variáveis mais importantes associadas à protecção sexual das mulheres face ao VIH/SIDA e outras ISTs.

Concluindo, baixos níveis de auto-eficácia no que se refere à utilização e negociação do preservativo, colocam as mulheres em risco para o VIH/SIDA. Assim, a abordagem da auto-eficácia nas intervenções que visam a promoção da saúde sexual e a prevenção do VIH é de total importância, pois, tal como já se verificou, por vezes, os parceiros são a própria barreira à utilização do preservativo, o que exige a presença de auto-eficácia para a negociação do sexo seguro por parte destas mulheres (Forsyth & Carey, 1998). De acordo com Wingood e DiClemente (2002), o aumento da auto-eficácia das mulheres no que se refere ao uso e negociação do preservativo é uma abordagem eficaz para a prevenção do VIH na população feminina.



#### **1.5.2.4. Factores de Risco Socioculturais**

##### **a. Normas Sociais e Culturais**

A cultura tem vindo a ser considerada um conceito essencial na compreensão dos níveis de incidência do SIDA, assim como, no planeamento de estratégias de prevenção (Parker, 2001; cit. por Wilson & Miller, 2003). A relação entre os sexos é social e culturalmente construída e, logo à partida, há diferenças nas articulações de poder (Mota, 1998). Assim sendo, também os comportamentos sexuais são aprendidos e influenciados social e culturalmente. No que se refere ao VIH/SIDA em particular, a literatura sugere que as normas sociais e culturais exercem influência ao nível dos comportamentos de risco (Logan, Cole & Leukefeld, 2002). De acordo com Paiva e colaboradores (2002), as diferentes maneiras de viver e expressar a sexualidade determinam os padrões de resposta às acções preventivas.

Em promoção da saúde, sensibilidade cultural, pode ser definida como a medida em que a etnicidade e a cultura, assim como, as características, experiências, normas, valores, padrões comportamentais e crenças de uma dada população, são incorporadas na definição e evolução de materiais e programas de saúde (Resnicow et al, 2000; cit. por Sifunda, Reddy, Braithwaite, Stephens, Bhengu, Ruiter & Borne, 2007). A cultura e as normas sociais definem o que é a saúde para os seus membros, onde se determina a etiologia e o tratamento das doenças (Kagawa-Singer & Kassim-Lakha, 2003; cit. por Sifunda et al., 2007). Estas questões são de especial importância quando se abordam temáticas relacionadas com a sexualidade e se espera que sejam geradas mudanças comportamentais, na medida em que a cultura tece normas próprias para a forma como estas mudanças poderão ou não ocorrer (Sifunda et al., 2007).

Uma investigação desenvolvida por Kocken, Dorst e Schaalma (2005), cujo objectivo passou por identificar a relevância dos factores culturais enquanto preditores da intenção do uso do preservativo na população imigrante ( $n=346$ ), evidenciou que a sexualidade dos participantes era muito influenciada pelas normas culturais que partilhavam. Os resultados desta investigação demonstraram que a intenção de utilizar o preservativo com um novo parceiro encontrava-se fortemente associada a questões culturais, tais como, tabu em discutir questões sexuais com os parceiros, crenças acerca da educação sexual (e.g. machismo), e normas relacionadas com a percepção da potência sexual masculina. Os autores concluem que a cultura de uma população influencia em muito a forma como essa população vive a sua sexualidade, sendo

importante explorar os factores sociais e culturais de um grupo aquando de uma intervenção de cariz sexual, nomeadamente, no que se refere ao uso do preservativo.

A cultura influencia ainda os níveis de auto-eficácia. A auto-eficácia para o uso do preservativo, entre outros aspectos, depende da capacidade de comunicação acerca da sexualidade e da capacidade de negociar com o parceiro, o que pode ser determinado culturalmente. Um estudo desenvolvido por Rogado e Leal (2000), com mulheres portuguesas e cabo-verdianas, demonstrou que as segundas eram aquelas que possuíam menores níveis de auto-eficácia face ao uso do preservativo. As autoras concordam que estes resultados se cruzaram com questões culturais, que determinam que a mulher não deve falar de sexualidade e negociar o uso do preservativo com os seus parceiros. A literatura tem sugerido que o desconforto e o embaraço sexual estão associados a um nível inferior de auto-eficácia face ao uso do preservativo (Marín & Gomez, 1998, cit. por Rogado & Leal, 2000).

No que respeita a África particularmente, são vários os estudos que apontam as normas sociais e culturais e tudo o que as envolve como sendo as principais responsáveis pelo cenário dramático em termos de SIDA, em muitos dos países deste continente. Moore e Williamson (2003) desenvolveram uma investigação qualitativa no Togo, que tentou perceber os problemas e constrangimentos que envolvem os esforços de prevenção do VIH em África, onde entrevistaram vários profissionais ( $n=17$ ) de diferentes áreas, que não a saúde, que trabalharam na luta contra o VIH neste contexto. Os resultados deste estudo demonstram que na opinião destes profissionais, que conhecem o terreno e os meandros da problemática do VIH no seio dos mesmos, as normas culturais, os seus ritos e agentes, aliados a conjunturas socioeconómicas e políticas altamente desfavoráveis, são os verdadeiros responsáveis pela disseminação do vírus e pelo insucesso de muitas medidas de prevenção. Os autores expõem o relato de alguns participantes que consideram os agentes de medicina tradicional (os ditos curandeiros) verdadeiros “assassinos” em matéria de VIH/SIDA, pelas falsas curas e causas que atribuem à doença.

De acordo com a UNESCO e a SAFAIDS (2001), no continente africano as normas culturais permanecem como um dos principais obstáculos ao sucesso dos programas e estratégias de prevenção, na medida em que os conteúdos dos programas têm significados diferentes para grupos e comunidades diferentes, podendo chocar com algumas normas sociais e culturais. As mulheres são especialmente vulneráveis em contextos carenciados, onde se encontram inseridas em ambientes culturais de

dominância masculina, em que raramente questionam o comportamento do parceiro e dificilmente colocam exigências que possam interferir com a prerrogativa masculina de usufruir do sexo livre de responsabilidades (Vieira et al., 2003). Em África, os papéis de subordinação das mulheres são sustentados por normas e crenças culturais que as privam do poder de tomar decisões sobre questões sexuais e de negociar práticas de sexo seguras (UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005).

Há estudos africanos que evidenciam o quanto a mulher é colocada num segundo plano na relação conjugal, sobretudo no que se refere à esfera sexual. De acordo com Silva e Andrade (2005), no decorrer do desenvolvimento de uma investigação qualitativa com jovens moçambicanos, na opinião de muitos jovens do sexo masculino, o prazer sexual é um direito que não se estende às mulheres e, na opinião destes, por uma questão de socialização, os homens têm o direito a ter mais do que uma parceira, já as mulheres devem manter-se fiéis a um único parceiro. É importante salientar que estas opiniões são proferidas por homens, mas grande parte das mulheres participantes também as valida. A corroborar esta ideia, Marshall e Taylor (2006), na sequência de uma investigação desenvolvida na África do Sul, Zimbabué e Burquina Faso, descrevem que embora a maioria das práticas que aumentam o risco de infecção das mulheres sejam causadas por crenças sobre o papel sexual dos homens, as crenças das mulheres sobre os seus próprios papéis também contribuem até certo ponto, na medida em que estas são criadas acreditando que devem procurar satisfazer as necessidades sexuais dos maridos, ao invés de procurarem o prazer mútuo. Denota-se assim uma desvalorização da mulher face ao homem, o que é construído socialmente quer por homens, quer por mulheres. Isto é preocupante, pois coloca a mulher numa situação secundária e de pouco poder no que se refere às suas próprias decisões, nomeadamente, sexuais e em termos de comportamentos protectores para o VIH e outras ISTs.

Também Thomas (2007) desenvolveu uma investigação qualitativa na Namíbia, baseada na etnografia e utilizando a metodologia de *focus group*, onde envolveu homens e mulheres ( $n=66$ ) de uma comunidade rural, e onde tentou verificar até que ponto os direitos humanos das mulheres são respeitados. Concluiu que, embora estes se encontrem contemplados na legislação nacional, ainda são uma realidade bem distante em certos contextos rurais. Os resultados deste estudo permitiram verificar que os quadros sociais e culturais mantêm-se exclusivamente patriarcais, onde é legitimado socialmente que a mulher não é um ser com direitos iguais aos dos homens, estando

numa posição inferior a este. Também a “mercantilização” das mulheres para o casamento é uma prática corrente neste contexto, o que reforça ainda mais a ideia masculina de poder total sobre a esposa “comprada”. Mais uma vez, é óbvio que, em circunstâncias como as que este estudo descreve, a mulher não tem qualquer hipótese de intervir na sua própria vida sexual e de fazer escolhas sexuais seguras.

A cultura e as normas sociais determinam as condutas de homens e mulheres, havendo uma grande discriminação e desigualdade em detrimento das mulheres. Ainda há muitas normas e crenças que vulnerabilizam os povos africanos face ao SIDA, principalmente as mulheres, que já são as mais desfavorecidas à partida. Neste seguimento e de acordo com as organizações UNESCO e SAFAIDS (2001), em muitos contextos africanos, não é socialmente aceite um homem ter preservativos, e se decidir obtê-los é da sua exclusiva responsabilidade decidir se os deve usar ou não. As mulheres ainda são as que possuem menos conhecimentos sobre a doença e o uso do preservativo, e se o tentarem obter serão claramente assumidas como promíscuas. Segundo o *Institute for Women's Development (NISAA)* (2006) sul-africano, a violência contra a mulher é um grande risco para a sua saúde, nomeadamente, para a infecção pelo SIDA, que fica agravado por crenças culturais e religiosas que consideram os maus tratos parte integrante do casamento.

No âmbito da discriminação da mulher em matéria de saúde sexual, surge-nos a investigação de Manharta, Dialmyb, Ryana e Mahjourc (2000) de carácter qualitativo, com aplicação de entrevistas a 70 homens e mulheres marroquinos, que objectivou compreender as influências de género na promoção da saúde sexual. Os autores constataram que as ISTs são socialmente consideradas doenças de mulheres, sendo que os homens que as possuem são percepcionados como vítimas das mulheres. Também foi possível verificar que as ISTs têm um maior impacto físico e psicossocial nas mulheres marroquinas do que nos homens. No entanto, constaram que, por razões de natureza sociocultural, os homens são aqueles que têm um maior acesso ao tratamento.

Em Moçambique, as normas culturais de passividade e virgindade que tendem a ser incutidas à população feminina, contribuem para que as mulheres que desejam a contracepção ou prevenção/tratamento das ISTs evitem o acesso aos serviços adequados ou à iniciação da utilização do preservativo (Ministério da Juventude e dos Desportos Moçambicano, 2000). De acordo com Bila, Gomes, Juvane, Fonseca e Kolesnikov (2002), para se conseguir uma abordagem mais realista da sexualidade, em Moçambique, é necessário enfrentar o duplo padrão de “moralidade” que existe no país,

em que, ao mesmo tempo que se proclama a fidelidade, a poligamia é absolutamente frequente; ao mesmo tempo que se deseja atrasar o início da actividade sexual nas crianças, há uma série de ritos de iniciação que promovem o início da vida sexual para antes mesmo do período da adolescência, tanto para rapazes como para raparigas. No que se refere à sexualidade masculina, certas culturas africanas promovem e incentivam múltiplas parceiras sexuais para os homens, colocando assim as mulheres em risco de contrair o VIH/SIDA (NISAA, 2006).

Outro estudo desenvolvido em contexto moçambicano por Silva e Andrade (2005), demonstra que, nas zonas rurais, é muito comum observar-se rituais de iniciação para os jovens. Nestas cerimónias verifica-se a transmissão de conteúdos positivos e válidos como a valorização dos mais velhos, o respeito entre as pessoas e entre os cônjuges, conhecimentos acerca da higiene pessoal e da contracepção, etc. No entanto, também são passados conhecimentos e valores pejorativos que continuam a contribuir para a perpetuação da desigualdade entre os géneros, na medida em que também são transmitidos valores como a legitimação da violência física contra a mulher e a educação das mulheres para serem servis aos homens e instrumentos de prazer. De acordo com Marshall e Taylor (2006), a cultura africana vivida em vários países do continente, reforça a ideia de que os homens são dominantes e espera-se que tenham várias parceiras; já as mulheres devem ser submissas e passivas. Isto é agravado pela dependência económica das mulheres face aos homens, pois estas encontram-se numa posição inferior para negociar questões sexuais ou confrontar os companheiros com as relações extra-conjugais.

De acordo com Gune (2008), em qualquer sociedade é necessário contextualizar os significados que representam e condicionam as práticas sociais, ao invés de pensá-las a partir de um prisma exclusivamente universal. Isto é particularmente importante quando se aborda a prática do uso ou não uso do preservativo. Neste seguimento, o autor refere que as próprias noções de “perigo” e “pureza” não são universais, é necessário pensá-las de acordo com o contexto cultural onde se inserem. Dá o exemplo de uma comunidade ruandesa, onde a noção de “pessoa indivisível” estrutura a vida das mulheres no que se refere ao uso do preservativo. Segundo esta noção, o livre fluxo de fluidos, nomeadamente, o esperma durante o acto sexual, é visto como uma dádiva que propicia boa saúde e vida. Assim, o bloqueio ou restrição desse fluxo torna as pessoas incompletas e separadas do todo social, o que ocasiona (segundo a consciência social) o surgimento de problemas sociais, incluindo de saúde. Esta cosmologia impede o uso do

preservativo, por este ser considerado um bloqueio ao livre fluxo do sémen durante a prática sexual, facto que o tornaria perigoso para a vida colectiva e para a saúde das mulheres (Taylor, 1990; cit. por Gune, 2008). Também Macia e Langa (2004) desenvolveram um estudo qualitativo com o objectivo de conhecer a perspectiva de homens e mulheres moçambicanos ( $n=20$ ) acerca da sexualidade e do VIH/SIDA. Entre outros aspectos, os autores verificaram que é notória a valorização dos aspectos simbólicos que envolvem a ejaculação. Quer para a população masculina, quer feminina, a ejaculação intravaginal é algo muito importante, na medida em que simboliza a verdadeira união. Nesta perspectiva, mais uma vez, o preservativo é percebido como um obstáculo a uma prática sexual plena.

A cultura também influencia a forma como as populações percebem a doença e lhe atribuem causas, o que também se repercute no tipo de acções preventivas que podem e devem ser tomadas. Plummer, Mshana, Wamoyi, Shigongo, Hayes, Ross e Wight (2006) desenvolveram um estudo na Tanzânia, cujo objectivo passou por analisar a forma como as pessoas ( $n=158$ ) de uma determinada comunidade viam e viviam as experiências de seropositividade. Os resultados deste estudo demonstraram que, entre a população tanzaniana, há membros que procuram explicação e cura para o VIH na medicina tradicional, ou seja, nos curandeiros, por questões de confiança, acessibilidade, custos e familiaridade. Neste sistema terapêutico tradicional a causa do VIH/SIDA não é atribuída a dimensões biológicas e comportamentais, mas sim a “bruxarias”, ou seja, questões sobrenaturais. Neste sistema, a infecção por VIH/SIDA também tem cura. Estas constatações são preocupantes, na medida em que cada um descarta a responsabilidade pessoal em termos de comportamentos sexuais, dado a origem do problema estar em causas sobrenaturais como a bruxaria; e também podem banalizar a gravidade da doença, dado acreditarem na sua cura. No seio das sociedades tradicionais africanas é muitíssimo comum as pessoas procurarem causas e soluções para a doença, tragédia e morte junto dos especialistas tradicionais/*folk* (Goody, 2002), localmente designados de adivinhos e/ou bruxos.

A mulher também é apontada socialmente como uma das causadoras do VIH/SIDA na família e na comunidade. Uma investigação qualitativa desenvolvida por Osório e Silva (2009) permitiu verificar que, em alguns contextos rurais moçambicanos, as mulheres são acusadas de serem as causadoras do SIDA. Os resultados deste estudo, desenvolvido a partir de entrevistas a vários membros de populações rurais ( $n=166$ ), apresentam relatos de participantes que referem que são as mulheres que transportam o

vírus para o seio das famílias (mesmo quando não são as portadoras do mesmo), havendo casos de filhos que acusam as mães de lhes transmitirem o vírus por via de feitiçarias e outros métodos sobrenaturais. Nestes casos, as mulheres são frequentemente agredidas por vários membros da família e/ou assassinadas, acusadas de feitiçaria. Neste âmbito, da culpabilização cultural da mulher pela transmissão do VIH, surge-nos também os resultados de um estudo qualitativo sul-africano, desenvolvido por Sifunda e colaboradores (2007), com população reclusa ( $n=27$ ), que permitiu verificar que, a maioria dos homens entrevistados, acredita que as ISTs e o VIH são causados pelo corpo feminino, que possui uma poderosa mística associada a um “mau sangue”, que é passado para o homem no decorrer das relações sexuais. As crenças locais definem ainda que, mais perigoso ainda, é manter relações sexuais com uma mulher quando esta se encontra menstruada ou sofreu um aborto. Na opinião destes homens entrevistados, outro factor que torna as mulheres particularmente perigosas como fontes de ISTs é o facto de usarem métodos contraceptivos, especialmente injeções e pílulas. Na opinião de alguns entrevistados, as ISTs são passadas pelas mulheres com quem têm relações sexuais, como uma forma de armadilha que elas encontram para garantir que estes homens ficam marcados por elas e não terão relações com outras mulheres. De acordo com Osório e Silva (2009), a vulnerabilidade da população, e a sua exposição a situações adversas que não consegue explicar e controlar, favorece o surgimento de preconceitos e práticas que têm as mulheres como alvo. É neste contexto que muitas delas são acusadas de provocarem o VIH, por motivos vários, tais como, “andarem de calças”.

Um outro estudo desenvolvido por Kalichman e Simbayi (2006), com homens e mulheres ( $n=487$ ) provenientes de um bairro sul-africano, demonstrou que 68% acreditava ter a certeza de que o SIDA era causado por espíritos e forças sobrenaturais. Os resultados deste estudo demonstraram que as pessoas que pensavam desta forma eram aquelas que possuíam um menor nível de conhecimento acerca da doença e que também manifestavam um maior preconceito face às pessoas infectadas. Os autores concluem que as crenças tradicionais acerca do VIH são mediadas pelo nível de conhecimentos que as pessoas possuem, ou seja, as pessoas que possuem menor nível de conhecimento são aquelas que facilmente abrem espaço para crenças erróneas e desajustadas da realidade, no que se refere a tudo o que envolve o VIH/SIDA.

Outro aspecto que é necessário ter em linha de conta quando se aborda a questão da saúde sexual feminina e a cultura africana é a poligamia, uma prática sócio-cultural

muito presente em vários países deste continente. A existência de vários parceiros nas relações heterossexuais é apontada como uma das principais causas da proliferação do VIH/SIDA em África (Mah & Halperin, 2008). Neste âmbito, Bove e Vallengia (2008) desenvolveram um estudo de revisão da literatura acerca da associação entre a poligamia e a saúde das mulheres na África Subsaariana. Os resultados deste estudo de revisão apontam para que haja uma forte associação entre a poligamia e a aceleração da transmissão de ISTs, porque se correlaciona com a multiplicação de parceiros e com baixas taxas do uso do preservativo. Este trabalho permitiu ainda destacar outros aspectos da saúde da mulher que não apenas a sexual, quando sujeitas a relacionamentos cujo parceiro é poligâmico. A literatura sugere que estas mulheres estão mais vulneráveis à violência doméstica e a quadros de ansiedade e depressão, devido às interações conflituosas que a partilha sexual e afectiva do mesmo homem pode gerar. Ou seja, estas mulheres estão duplamente vulneráveis à transmissão de ISTs, entre as quais, o VIH: por um lado, estão sujeitas à imposição de comportamentos sexuais de risco, na medida em que mantêm relações com um parceiro que tem outras parceiras; por outro, estão vulneráveis a experiências de violência, assim como, a problemas de saúde mental, factores estes que, tal como já se verificou em subcapítulos anteriores, são variáveis que exercem influência sobre os comportamentos de risco para o VIH.

Há outra questão extremamente importante a abordar quando se fala em saúde sexual e tradições africanas: a excisão e outros tipos de mutilação ou transformação genital (ONU, 2006; UNFPA, 2002). A excisão trata-se da mutilação do clítoris e, em alguns contextos, marca culturalmente a inauguração nos ritos de puberdade. Em alguns contextos africanos percebe-se que sem a excisão a mulher não se encontra completa, só este acto a situa no lugar religioso e social exacto da sociedade (Kimbanda, 2006). Com o intuito de tentar perceber melhor estes rituais sexuais e culturais, Bagnol e Mariano (2008) desenvolveram uma investigação qualitativa em Moçambique, junto de uma comunidade ( $n=133$ ) que tem por tradição forçar o alongamento dos lábios genitais para assim, supostamente, terem e oferecerem maior prazer sexual. Os resultados desta investigação defendem que este tipo de prática afecta a saúde sexual feminina, na medida em que cria lesões genitais que vulnerabilizam biologicamente a mulher para a transmissão de VIH e outras ISTs. Por outro lado, também existe a crença de que os produtos utilizados para esse efeito são incompatíveis com o uso do preservativo, alegando que neste processo de transformação do corpo feminino deve haver um contacto directo entre a vagina e o pénis, o que fica estrangido com o uso do



preservativo. Em suma, não há dúvidas de que estes rituais e práticas culturais colocam a mulher em risco sexual, na medida em que criam lacerações vaginais que beneficiam a transmissão de ISTs, e que envolvem uma série de crenças antagónicas a comportamentos sexuais seguros como é o caso da utilização do preservativo.

Dentro do âmbito das normas sociais e culturais, não se pode descurar uma dimensão tão marcante como é a religiosa. A filiação religiosa afecta o comportamento sexual, na medida em que os seus ensinamentos e práticas tendem a moldar as crenças, normas, valores e atitudes femininos em relação ao comportamento sexual, num sentido que, frequentemente, é contrário ao da via da protecção (Prohaska et al., 1990; Garner, 2000; cit. por Snelling et al., 2007). Desde o início da era cristã, a sexualidade é tida como algo potencialmente perigoso que, portanto, exige controlo e traz castigos para quem infringir as suas regras (Villela & Doreto, 2006). De acordo com um Relatório conjunto das organizações UNESCO e SAFAIDS (2001), a religião também tem sido um grande obstáculo à prevenção do SIDA, principalmente entre a população feminina, na medida em que, entre outras questões, defende o conformismo da mulher, principalmente, no que toca à esfera sexual. O factor religião tem-se evidenciado preponderante na não utilização do preservativo (Gune, 2008). Embora a igreja possa ser um local importante para a partilha de informação sobre o SIDA, pelo seu carácter comunitário, a verdade é que a literatura tem vindo a documentar que esta se tem evidenciado um entrave na protecção contra o SIDA, na medida em que as pessoas mais religiosas tendem a encarar mais facilmente a doença como algo vergonhoso e um castigo de Deus, o que quebra os valores morais, levando-as assim a não se comprometerem com comportamentos protectores, mesmo quando se encontram em situação de risco (Prohaska et al., 1990; Nzioka, 1996; cit. por Snelling et al., 2007).

De acordo com Vieira e colaboradores (2003), o VIH/SIDA não pode ser analisado isoladamente. A problemática que o rodeia é socialmente construída por uma sociedade com raízes histórico-religiosas de negação do corpo e da sexualidade, principalmente nas suas manifestações desintegradas do sistema familiar. Na religião católica, políticas orientadas pelo Vaticano, defendem a não importância da vida sexual, a abstinência e a proibição do uso do preservativo. O impacto destas ideologias é extremamente negativo, pois amplia as condições para a violação dos direitos, principalmente nos países mais pobres, que já se vêem submetidos às imposições estruturais que limitam o alcance às políticas públicas (Rocha, 2007).

Um estudo desenvolvido por Marshall e Taylor (2006) em Burquina Faso, Zimbabué e África do Sul constatou que a Igreja, neste caso Evangélica, mantém-se silenciosa no que respeita a questões de género e sexo e reforça valores tradicionais que contribuem para a infecção pelo VIH/SIDA. De acordo com os autores, em vários países africanos, a Igreja parece falhar no que respeita a oferecer liderança aos jovens, especialmente mulheres, que enfrentam uma grande pressão para se tornarem sexualmente activas.

Os resultados de um estudo etnográfico desenvolvido por Gune (2008), com população de ambos os sexos, provenientes da África do Sul, Zimbabué, Lesoto e Moçambique ( $n=12$ ), evidenciaram que, frequentemente, a religião foi apontada como a razão da não utilização do preservativo. Alguns participantes alegaram que, como religiosos praticantes, são pessoas fiéis mutuamente e por isso o preservativo não é necessário. Além disso, na opinião de alguns dos participantes, a juventude encontra-se doente com o VIH/SIDA porque praticam relações sexuais antes de casar. Argumentam ainda que os jovens deveriam conhecer o parceiro, casar o quanto antes, e só a partir daí manter relações sexuais.

Também os resultados de uma investigação qualitativa desenvolvida no Malawi por Rankin, Lindgren, Rankin e Ng`Oma (2005), com mulheres adultas ( $n=39$ ), expõe o relato das participantes que afirmam ser habitual as religiões locais (tanto o islamismo como o cristianismo) condenarem convictamente o uso do preservativo entre os casais. Ainda de acordo com o relato destas participantes, no seio do meio onde desenvolvem as suas práticas religiosas, é habitual os líderes espirituais incentivarem o perdão quando um marido trai a esposa; já o marido traído é aconselhado a deixar a sua esposa, que não é digna da sua confiança. Como se pode verificar através dos resultados deste estudo, neste contexto africano assiste-se a uma subjugação da mulher face ao homem e ao desincentivo da protecção sexual por parte da religião.

Por outro lado, há estudos que apontam a religiosidade como um factor protector face a comportamentos sexuais de risco para o VIH. Em 2002, Gur e Miller investigaram a relação entre a religiosidade e o nível de responsabilidade sexual, com uma amostra de mulheres jovens ( $n=3356$ ), tendo concluído que a filiação religiosa encontrava-se fortemente associada a um menor número de parceiros sexuais e a uma maior percepção do risco que as relações sexuais podem comportar (Gur e Miller, 2002; cit. por Jarama, Belgrave, Bradford, Young, & Honnold, 2007). Contrariamente, Hasnain, Sinacore, Mensah e Levy (2005) desenvolveram um estudo com 880

indivíduos americanos filiados religiosamente a diferentes religiões (cristianismo, islamismo e judaísmo), tendo partido da hipótese de que um maior nível de filiação e de práticas religiosas estariam associadas a menores comportamentos de risco para o VIH (consumo de drogas injectáveis e comportamentos sexuais desprotegidos), chegando a resultados que contrariaram essa premissa. Os resultados desta investigação contradisseram a hipótese prévia, na medida em que se verificou que aqueles que se encontravam em posição de maior devoção religiosa foram os que apresentaram um maior número de comportamentos de risco, nomeadamente, a partilha de material injectável para o consumo de drogas.

Resumindo e concluindo, uma sociedade onde a cultura local e as normas sociais validam a submissão da mulher, é um contexto sociocultural altamente prejudicial em termos de saúde sexual feminina, na medida em que deixa pouca margem para a participação das mulheres na sua própria vida e para a negociação dos métodos de protecção sexual. Assim sendo, é legítimo considerar que as normas sociais e culturais exercem influência sobre a vulnerabilidade da mulher para o VIH/SIDA.

#### **b. Influências Familiares**

Vários estudos têm demonstrado que a proximidade familiar, os valores parentais e o nível de discussão sobre questões de sexualidade em família com as crianças têm influência sobre o comportamento sexual futuro (Moore et al., 1986; Villaruel, 1998; cit. por Jarama, Belgrave, Bradford, Young, & Honnold, 2007). No entanto, ainda não são muito conhecidas as influências destes factores na pessoa adulta. Mesmo assim, a literatura tem vindo a sugerir que a comunicação parental constitui um dos principais meios de transmissão dos valores sexuais (Jarama, Belgrave, Bradford, Young, & Honnold, 2007). Também Chewing e colaboradores (2001) referem que a percepção de elevado suporte parental, assim como, os valores familiares, são considerados factores protectores para a saúde em geral e para os comportamentos sexuais seguros em particular.

DiClemente, Crittenden, Rose, Sales, Wingood, Crosby e Salazar (2008) referem que o suporte familiar é um factor de influência na adopção de comportamentos de risco ou protectores a nível sexual entre os jovens. Estes autores referem que o risco sexual dos jovens tem vindo a ser associado à sua estrutura familiar. A percepção de apoio familiar, a coesão familiar, a comunicação sobre sexualidade entre pais e filhos adolescentes, são factores familiares que têm vindo a ser referidos como protectores em

termos de comportamentos sexuais dos adolescentes. O acompanhamento dos pais surge como um factor particularmente importante. Os jovens que percebem que os seus pais sabem com quem estão, são menos propensos a incorrer em comportamentos sexuais arriscados em termos de infecção pelo VIH/SIDA e outras ISTs, do que aqueles que não percebem esse suporte da parte dos pais (Crosby et al., 2003; Li et al., 2000; cit. por DiClemente, Crittenden, Rose, Sales, Wingood, Crosby e Salazar, 2008). Além disso, uma influência familiar positiva parece exercer um efeito tampão contra a influência negativa de algumas normas de pares em termos de comportamentos sexuais de risco (Whitaker et al., 2000; cit. por DiClemente, Crittenden, Rose, Sales, Wingood, Crosby e Salazar, 2008). Grande parte da investigação acerca do papel da família no processo de socialização sexual dos adolescentes sugere que os pais e outros familiares de referência desempenham um papel muito importante neste âmbito, através das práticas de comunicação, nas expectativas que criam em relação à actividade sexual, e através da própria modelagem (Carabasi, Greene & Bernet, 1992; Pick & Palos, 1995; cit. por Dittus, Miller, Kotchick & Forehand, 2004).

Os resultados de um estudo de revisão desenvolvido por Tinsley, Lees e Sumartojo (2004) demonstraram que as variáveis familiares influenciam a forma como os jovens iniciam e vivem a sua sexualidade e se protegem ou não do VIH. Os pais influenciam os conhecimentos, atitudes e comportamento dos filhos face aos VIH através do próprio processo de socialização que criam. Isto acontece quer indirectamente, através da dinâmica familiar que pode facilitar ou dificultar a aquisição de conhecimentos e competências de prevenção dentro e fora do seio familiar; quer directamente, através da comunicação directa que estabelecem acerca do risco do VIH e sua prevenção (Kotchick et al., 2001; Repetti et al., 2002; Somers & Paulson, 2000; cit. por Tinsley, Lees & Sumartojo; 2004). De acordo com o exposto nos resultados desta revisão da literatura, os jovens provenientes de famílias monoparentais tendem a iniciar a sua vida sexual mais precocemente e a possuírem mais actividade sexual do que os jovens provenientes de famílias ditas tradicionais (Kotchick et al., 2001; Young, Jensen, Oslen & Cundick, 1991; cit. por Tinsley, Lees & Sumartojo; 2004). Os autores apontam como explicação para esta constatação, o facto de, nas famílias monoparentais, haver menor oportunidade para exercer controle sobre os adolescentes, assim como, debater questões ligadas à sexualidade (Tinsley, Lees & Sumartojo; 2004). Os autores também defendem que nas famílias onde se fala acerca da sexualidade de forma natural e aberta desde idade precoce, é menos provável os jovens contraírem ISTs e VIH. A literatura

sugere que as influências familiares não se cingem apenas aos pais. Também os irmãos (principalmente os mais velhos) exercem influência sobre os comportamentos sexuais dos indivíduos. Investigações que se debruçam sobre esta matéria têm vindo a demonstrar que possuir irmãs adolescentes grávidas exerce uma poderosa influência nos comportamentos sexuais precoces de irmãs mais novas, que irmãs de pais adolescentes tendem a ter mais consumos excessivos de álcool e drogas em festas e maiores taxas de gravidez (East, 1996, 1998; East & Jacobson, 2001; East & Shi, 1997; cit. por Tinsley, Lees & Sumartojo; 2004), e que passar várias horas a cuidar de irmãos mais novos tem sido associado a uma maior permissividade face ao comportamento sexual em mulheres adolescentes (East & Jacobson, 2001; cit. por Tinsley, Lees & Sumartojo; 2004). Os autores referem que nestes fenómenos, o factor modelagem poderá estar na base de algumas explicações para a sua ocorrência. Neste seguimento, também uma investigação desenvolvida por Romer, Black, Ricardo, Feigelman, Kaljee, Galbraith, Nesbit, Hornik e Stanton (1994) com jovens afro-americanos ( $n=300$ ) de ambos os sexos, demonstrou que o controlo parental influencia a actividade sexual dos filhos. Uma maior vigilância por parte dos pais encontrou-se associada a comportamentos sexuais mais seguros.

A confirmar a premissa de que o ambiente familiar exerce influência nos comportamentos sexuais da população feminina, surge-nos o estudo de Crosby, DiClemente, Wingood e Harrington (2002) realizado com mulheres afro-americanas ( $n=469$ ), cujos resultados demonstraram que as adolescentes que viviam num ambiente familiar com pouco apoio possuíam quatro vezes maior probabilidade de relatar abuso emocional por parte do parceiros nos últimos seis meses, duas vezes maior probabilidade de relatar ter medo de negociar o preservativo com o parceiro, duas vezes maior probabilidade de relatar não utilizar o preservativo durante a última relação sexual com o parceiro habitual, e 2.8 vezes maior probabilidade de relatar não utilizar o preservativo nas relações sexuais do último mês. Os resultados do presente estudo permitiram ainda constatar que estas mulheres, com baixo apoio familiar, demonstraram baixa auto-eficácia na negociação do preservativo e elevada percepção de barreiras face ao sexo seguro. Adicionalmente, também DiClemente, Wingood, Crosby, Sionean, Cobb, Harrington e Davies (2001c) desenvolveram uma investigação também com mulheres afro-americanas ( $n=522$ ) sexualmente activas e com comportamentos de risco para o VIH, cujos resultados permitiram identificar a influência dos factores familiares nos comportamentos sexuais de risco. Os resultados deste estudo demonstraram que

uma menor comunicação entre pais e filhos adolescentes encontrava-se associada à não utilização de contraceptivos no decorrer dos últimos seis meses e nos últimos cinco actos sexuais, a um menor nível de comunicação com o parceiro sexual, e a uma menor eficácia na negociação do sexo seguro. Os resultados dos estudos supracitados corroboram a ideia de que os pais desempenham um papel muito importante na forma como os filhos iniciam e desenvolvem a sua vida sexual.

Chewning e colaboradores (2001) desenvolveram uma investigação com adolescentes estudantes, onde foi possível verificar que a percepção destes jovens em relação ao apoio familiar estava associada com comportamentos sexuais seguros. O mesmo estudo evidenciou ainda que o relato do uso consistente de contraceptivos como o preservativo, nos últimos três meses, encontrava-se associado à presença de um dos pais na casa, percebido pelos jovens como alguém atencioso e que os apoia. Um outro estudo também com foco em adolescentes ( $n=609$ ), desenvolvido por DiClemente, Wingood, Crosby, Sionean, Cobb, Harrington e colaboradores (2001b), permitiu verificar que os adolescentes que possuíam percepção de baixo controlo parental eram aqueles que relatavam mais comportamentos sexuais de risco. Os resultados deste estudo demonstraram que estes jovens, que percebiam um baixo controle parental, possuíam 1.7 mais probabilidade de ter um teste positivo para uma IST e de relatar não ter utilizado o preservativo durante a sua última relação sexual, duas vezes maior probabilidade de possuir múltiplos parceiros sexuais, 1.5 vezes maior probabilidade de ter parceiros de risco, assim como, relatar outros comportamentos de risco como o consumo de álcool e drogas.

O nível de escolaridade dos pais parece também ter influência no curso da vida sexual dos filhos adolescentes. Neste sentido, uma investigação desenvolvida por Selvan, Ross, Kapadia, Mathai e Hira (2001), com 1260 jovens estudantes de escolas secundárias indianas, permitiu verificar que existe uma relação entre a manifestação de comportamentos sexuais de risco e o nível educacional/académico dos pais. Ou seja, verificou-se que os jovens cujos pais possuem um maior nível de escolaridade são aqueles que incorrem em menores comportamentos de risco, nomeadamente, no que se refere ao início da actividade sexual em idade precoce.

Os resultados de uma investigação qualitativa desenvolvida por Petersen, Bhana e McKay (2005), com jovens sul-africanos, demonstraram que para muitos jovens do sexo masculino, há uma perspectiva de normalidade face à violência física e sexual sobre a mulher. A literatura referida neste estudo sugere que a violência contra as

mulheres é algo comum no seio de muitas famílias sul-africanas, observando-se que a “hostilidade masculina” é tida como normal pelos próprios membros da família (Jewkes, Penn-Kekana, Levin, Ratsaka, & Schrieber, 2001; cit. por Petersen, Bhana & McKay, 2005). Ou seja, a normalidade com que muitos jovens percebem e até praticam violência contra a mulher, advém das próprias normas familiares. Esta constatação é preocupante no seio da abordagem dos factores psicossociais que colocam a mulher em risco para o SIDA, dado saber-se que a violência, quer de forma directa, quer de forma indirecta, coloca as mulheres em risco para a infecção pelo VIH/SIDA. Também Macia e Langa (2004) desenvolveram uma investigação qualitativa com população moçambicana, cujos resultados demonstram que à mulher é passada, por via da “educação familiar”, a norma de que é o homem quem detém o poder e a autoridade dentro de uma relação, restando à mulher acatar as suas decisões e ser fiel.

O ambiente socioeconómico vivido no seio da família também parece influenciar as trajectórias de vida de mulheres que enveredam pela prática da prostituição. Neste seguimento, Espósito e Kahhale (2006) desenvolveram uma investigação qualitativa com um grupo de profissionais do sexo brasileiras ( $n=9$ ), onde foi possível constatar que a família pode servir de factor de iniciação e manutenção da prostituição, actividade altamente ligada ao risco de infecção pelo VIH. De acordo com o relato das participantes, os problemas intra-familiares, principalmente com os pais, aliados a constrangimentos económicos, foram os principais responsáveis pela saída de casa e entrada na prostituição, da mesma forma que a continuidade se deve a questões ligadas com o sustento dos filhos. Isto significa que a família de origem é apontada como desencadeadora da entrada na prostituição, e os filhos como os “responsáveis” pela permanência nela. As autoras desta investigação concluem ainda que, por norma, estas mulheres são pessoas que vivem à margem do centro da família, estatuto este que se modifica a partir do momento em que se tornam provedoras de grande parte do orçamento familiar, passando a ocupar um estatuto mais elevado no seio da família.

Uma investigação desenvolvida por Gaspar, Gaspar de Matos, Gonçalves, Ferreira e Linhares (2006), na sua componente qualitativa (tendo havido inicialmente uma quantitativa), desenvolvida através de grupos focais e posterior análise de conteúdo, com um total de 45 jovens, de ambos os sexos, e alguns pais, na sua maioria africanos e provenientes de áreas socioeconómicas desfavorecidas, demonstrou que, entre o grupo de africanos que exibiu alguns indicadores de risco para o VIH, existe um grande défice em termos de comunicação entre pais e filhos no que se refere à temática

da sexualidade. Os jovens referem que este é um assunto tabu com os pais, do qual têm vergonha e receiam falar, pois temem que leve à desconfiança. Estes jovens referiram procurar informação sobre o SIDA essencialmente, nos *media* e em material didáctico (e.g. panfletos). Também em Moçambique, um estudo qualitativo desenvolvido por Silva e Andrade (2005) com jovens de ambos os sexos, em contextos rurais e urbanos, demonstrou que, no que se refere aos jovens das zonas urbanas, estes formam os seus saberes e conhecimentos acerca da sexualidade sobretudo com os amigos, na escola, no bairro e na rua. Com os pais há muita vergonha e pudor em falar sobre estas questões. Já os jovens provenientes de zonas rurais têm o seu primeiro contacto teórico acerca da sexualidade no seio da família. Em relação a estes últimos, as autoras referem que, neste contexto, a família estimula as práticas sexuais prematuras quer para os rapazes, quer para as raparigas, sobretudo por via dos casamentos prematuros ou por causa da pobreza. No âmbito da promoção da saúde e prevenção do SIDA, esta constatação da pobre comunicação entre pais-filhos é preocupante, na medida em que a literatura sugere que a qualidade da comunicação entre pais e filhos, nomeadamente, uma comunicação eficaz acerca da sexualidade, está associada a uma diminuição dos comportamentos sexuais de risco nos adolescentes (Miller et al., 1999; cit. por Dittus, Miller, Kotchick & Forehand, 2004).

Concluindo, a literatura tem vindo cada vez mais a reforçar o relevo das influências familiares nos comportamentos sexuais. Face a esta constatação é de toda a importância chamar a atenção para o reforço de certas competências parentais/familiares, tais como, a comunicação e o controle/monitorização das adolescentes, como forma de promover a sua saúde sexual e protegê-las contra comportamentos sexuais de risco para o VIH/SIDA.

#### **1.5.2.5. Reflexão Crítica Acerca dos Factores de Risco para a Infecção pelo VIH/SIDA nas Mulheres e na Mulher Africana em Particular**

Quando se fala em saúde, há um contínuo entre os enfoques individual e social (Sarriera, Moreira, Rocha, Bonato, Duso, & Prikladnicki, 2003), o que realça a importância de se estudar os factores psicossociais que envolvem qualquer estado de doença ou de saúde. Se do ponto de vista das ciências biomédicas o VIH/SIDA é um dado absoluto e universal, do ponto de vista da epidemiologia e da determinação de vulnerabilidade, ele é um conjunto de factores plurais, fragmentados e relativos. A experiência social da doença é sempre contextualizada e é assim que deve ser



compreendida (Passador & Thomaz, 2006). Como diria Matos (2004), no que se refere a promoção de comportamentos ligados à saúde, é necessário atender à importância das competências pessoais e sociais de forma a compreendê-los na sua totalidade e amplitude. Tal como foi possível verificar, no que se refere ao SIDA, esta é uma doença fortemente influenciada por vários factores psicológicos e sociais, principalmente, quando abordamos especificamente a mulher que, tal como foi possível verificar, é a mais vulnerável biopsicossocialmente e a mais afectada por uma variedade de factores.

São vários os estudos que nos demonstram que há factores de risco de natureza socioeconómica, comportamental, psicossocial, sócio-cognitiva, e sócio-cultural que contribuem para a vulnerabilidade da mulher face ao SIDA, particularmente, aquelas que se encontram em situações conjunturais mais desfavoráveis, como é o caso da mulher africana. Será legítimo considerar que as circunstâncias de vida desfavoráveis destas mulheres influenciam o risco em que se encontram e inviabilizam os seus esforços de mudança. De acordo com Somlai e colaboradores (2002), a prevenção do VIH/SIDA nas mulheres deve contemplar os aspectos negativos que envolvem as suas vidas, tais como, baixa auto-estima, infelicidade com a vida actual e a falta de optimismo em relação ao futuro. Os resultados de um estudo qualitativo desenvolvido por Esacove (2008), que pretendeu analisar as narrativas acerca da vida sexual e reprodutiva de algumas mulheres norte-americanas ( $n=25$ ), demonstraram que os discursos acerca de comportamentos sexuais desprotegidos (e.g. não utilização do preservativo) e a ocorrência de acontecimentos tidos como negativos no decorrer da história sexual e reprodutiva (e.g. aborto) advinham de mulheres com baixa auto-estima. Posto isto, será importante reflectir acerca da importância da integração destes aspectos psicológicos e sociais em programas de prevenção que visam a prevenção do VIH/SIDA e o aumento de competências de negociação face ao sexo seguro. Se este tipo de abordagem não abranger os factores contextuais e existenciais, é muito provável que não sejam bem sucedidos, na medida em que a motivação destas mulheres para iniciarem e manterem uma mudança comportamental no sentido duma sexualidade mais segura, será muito baixa. Só é possível desenhar intervenções eficazes se conhecermos os preditores que estão por detrás do risco, e sabermos exactamente que são esses factores que devem ser alterados, de forma a produzir a mudança comportamental desejada (Yzer, Fishbein & Hennessy, 2008).

Concluindo, por tudo quanto foi referido no decorrer do presente subcapítulo, considera-se altamente viável pensar e concretizar intervenções que visem a promoção

da saúde sexual e prevenção do VIH/SIDA na mulher em geral, e na mulher africana em particular, onde se identifique quais os preditores psicosssexuais que as colocam e/ou mantêm em risco.

**CAPÍTULO II – MODELOS DE MUDANÇA DO  
COMPORTAMENTO PARA A REDUÇÃO DO RISCO DE  
INFECÇÃO PELO VIH/SIDA**

---

Neste capítulo apresentaremos uma revisão da literatura acerca dos modelos de mudança comportamental para a redução do risco de infecção pelo VIH/SIDA. Será dado enfoque à importância da existência destes modelos e apresentaremos os modelos gerais de mudança do comportamento para o VIH/SIDA, assim como, modelos de mudança comportamental especificamente criados e direccionados para a diminuição do risco de infecção pelo VIH/SIDA. Finalmente será efectuada uma reflexão crítica acerca dos diferentes modelos apresentados.

## **2.1. Importância dos Modelos de Mudança Comportamental para a Redução do Risco de Infecção pelo VIH/SIDA**

Uma vez que a transmissão do VIH/SIDA é impulsionada por factores comportamentais, as teorias acerca de como os indivíduos mudam o seu comportamento fornecem as bases para muitos dos esforços que têm sido desenvolvidos na sua prevenção, em todo o mundo (UNAIDS, 2001). Desde o início do aparecimento da doença até aos dias de hoje, acredita-se que as intervenções que visam a prevenção do VIH/SIDA devem ter por base modelos/teorias capazes de modificar o curso da epidemia (Kelly, Murphy, Sikkema & Kalichman, 1993). A verdade é que implícita ou explicitamente, grande parte das intervenções focadas na mudança comportamental para o VIH/SIDA são baseadas em teorias explicativas acerca dos componentes necessários para a aquisição de comportamentos seguros. Algumas teorias assentam na premissa de que dar informação correcta acerca da transmissão e prevenção, por si só, conduzirá à mudança comportamental (UNAIDS, 2001). No entanto, frequentemente, os resultados das investigações desenvolvidas até então evidenciaram que a educação, exclusivamente, não é suficiente para operar a mudança comportamental em muitos indivíduos. Assim, têm vindo a ser desenvolvidas intervenções, designadas de segunda geração, baseadas em abordagens cognitivas e psicossociais, que se focam em competências práticas para reduzir o risco de infecção pelo VIH/SIDA (Kalichman, 1997; cit. por UNAIDS, 2001). Também Exner, Seal e Erhardt (1997) defendem que as intervenções que se debruçam apenas na passagem de informação, com ausência de treino de competências, têm um impacto limitado em termos de eficácia face à prevenção. Assim, são vários os modelos que se têm desenvolvido no sentido de tentar explicar quais as componentes necessárias à mudança comportamental para, consequentemente, iluminar a prática acerca do tipo de competências que devem ser adquiridas e treinadas.

Fisher e Fisher (2002) procederam a uma revisão da literatura acerca das intervenções desenvolvidas no âmbito da prevenção do VIH, tendo verificado que estas apresentam algumas limitações cruciais. Primeiramente, consideram que grande parte destas intervenções têm sido meramente intuitivas e sem base conceptual, ou seja, sem recorrerem às teorias/modelos existentes, acabando por não beneficiar da literatura teórica que proporciona um quadro de referência (e.g. Modelo de Crenças de Saúde, Modelo de Redução do Risco da SIDA, Teoria da Acção, Teoria Sócio-cognitiva,

Modelo de Informação – Motivação – Competências Comportamentais, Modelo Transteórico, etc.). Em segundo lugar, são da opinião que são poucas as intervenções que avaliam a informação de base (e.g. motivação para a redução do risco e as competências comportamentais relativamente à prevenção do VIH) acerca do grupo alvo antes das intervenções, de forma a tornar as intervenções mais adaptadas às necessidades do grupo a que se dirigem. Em terceiro lugar, consideram que frequentemente as intervenções focam-se essencialmente na modificação de padrões gerais de comportamento (e.g., encorajam as pessoas a praticarem “sexo seguro”) em oposição ao ideal, que seria centrarem-se no aumento das competências individuais necessárias à prática de actos específicos de redução do risco. Em quarto lugar, os autores referem que grande parte das intervenções em curso continua a centrar-se apenas no aumento de conhecimentos, fornecendo informação complexa sobre o VIH (e.g., dar informação sobre as células T), o que frequentemente não é importante para o comportamento preventivo, chegando até a ser difícil de compreender e a induzir o medo e transparecendo uma tendência sexista. Em quinto, os autores são da opinião de que, por vezes, as intervenções não são capazes de motivar os participantes para a modificação dos comportamentos de risco, nem conseguem proporcionar treino para os ajudar a adquirir e a treinar as competências comportamentais necessárias para operar a mudança comportamental face ao VIH/SIDA. Por último, consideram que, no geral, as intervenções existentes não têm sido avaliadas com o devido rigor, no sentido de determinar as mudanças pretendidas nos factores mediadores (e.g., conhecimento, competências comportamentais) e no comportamento preventivo face ao VIH. Ou seja, de acordo com os autores, grande parte das limitações observadas nas intervenções actuais prendem-se com o facto destas não se comprometerem com um racional teórico, o que reforça a ideia de prestar atenção ao que ditam as teorias de mudança comportamental na área.

Como veremos de seguida, são vários os modelos que têm sido desenvolvidos e têm tentando apoiar o desenvolvimento de intervenções no âmbito da prevenção do VIH/SIDA. No entanto, a praticabilidade e referência destes diferem entre si, ou seja, uns modelos são mais utilizados e praticados do que outros. Após um estudo de revisão acerca das teorias direccionadas para a prevenção do SIDA, Noar (2007) refere que as mais utilizadas e prevalentes na literatura são a Teoria de Crenças na Saúde, a Teoria da Acção Racional, o Modelo Transteórico, a Teoria Sócio-Cognitiva e a Teoria do Comportamento Planeado. No entanto, é importante referir que até aos anos 80, estas

eram as únicas teorias existentes na área. A partir de meados nos anos 90, os modelos específicos da SIDA (Modelo de Redução do Risco da SIDA e o Modelo de Informação – Motivação – Competências Comportamentais), que não existiam até então, passaram a ser os mais referenciados e utilizados no âmbito da mudança comportamental para o VIH/SIDA. As restantes teorias que surgiram neste âmbito (e.g. Modelo Integrativo e Modelo do Processo de Extensão Paralela) têm sido muito pouco referidos e aplicados, pois são bastante recentes. No caso do Modelo de Múltiplos Domínios, um modelo emergente, este nem sequer se encontra na revisão da literatura, pelo facto de ter surgido muito recentemente. Há ainda outros modelos/teorias, como é o caso da Teoria de Poder de Género, que embora muito importante na análise e compreensão dos comportamentos sexuais (sobretudo nas mulheres), não é tido como um modelo específico na mudança comportamental em contexto de saúde. Por outro lado, grande parte das questões inerentes a este modelo foi exposta e analisada no subcapítulo referente à influência do contexto relacional nos comportamentos sexuais de risco.

Assim, e face aos argumentos anteriormente referidos com base na revisão da literatura, iremos rever os principais modelos/teorias utilizados na compreensão e análise da mudança comportamental face ao VIH/SIDA. Após uma abordagem genérica de vários modelos existentes, passaremos a uma descrição e análise mais exaustiva dos principais modelos de mudança comportamental face a comportamentos sexuais de risco. Serão revistos de forma mais aprofundadas os modelos gerais de mudança de comportamento como a Teoria Sócio-Cognitiva, o Modelo de Crenças de Saúde, a Teoria da Acção Racional, a Teoria do Comportamento Planeado, e o Modelo Transteórico; e também os modelos específicos de mudança do comportamento sexual de risco, sendo eles o Modelo de Informação – Motivação – Competências Comportamentais, e o Modelo de Redução do Risco da SIDA. A revisão destes modelos ajudará a compreender melhor os comportamentos sexuais de risco na população em geral e na população feminina, em particular na mulher Africana.

## **2.2. Modelos Gerais de Mudança do Comportamento para o VIH/SIDA**

### **2.2.1. A Teoria Sócio-Cógnitiva (TSC)**

A TSC tem vindo a ser amplamente referida e aplicada no âmbito da promoção da mudança comportamental ao nível de comportamentos sexuais de risco. A principal premissa da TSC é a de que os novos comportamentos são aprendidos imitando o comportamento dos outros ou por experiência directa (UNAIDS, 2001). A sua pedra basilar assenta na auto-eficácia, mas não só. A TSC postula uma relação recíproca entre o ambiente social, os factores pessoais e o comportamento propriamente dito na determinação e previsão do comportamento futuro (Oduolu, 2005). Assim, de acordo com esta teoria, o exercício de se colocar no papel do outro e a interacção entre determinantes cognitivos, comportamentais e ambientais possuem um importante papel no processo de mudança comportamental (Bandura, 1977). Os principais princípios da TSC são (1) a auto-eficácia percebida (crença na capacidade de realizar o comportamento esperado), e (2) as expectativas de resultado (crença acerca dos resultados positivos ou negativos de um determinado comportamento) (UNAIDS, 2001).

No âmbito da saúde, a TSC tem sido aplicada a uma série de domínios, nomeadamente, no controlo e prevenção do VIH/SIDA (Bandura, 1989; 1992; 1994). De acordo com esta teoria, a aquisição de informação acerca do SIDA, por si só, não é susceptível de operar a mudança comportamental, pois a mudança comportamental efectiva exige crenças de auto-eficácia e controlo pessoal. Deste modo, a prevenção do VIH/SIDA requer que os indivíduos exerçam influência na sua própria motivação e nos seus comportamentos (Bandura, 1992). Tal como foi referido, as principais premissas desta teoria são a auto-eficácia percebida e as expectativas de resultado. Quando aplicadas ao comportamento sexual, as expectativas de resultado integram crenças de prevenção, crenças hedonísticas e crenças acerca da reacção do parceiro sexual. Estas reflectem a medida em que as pessoas consideram que o seu comportamento de saúde (e.g. usar o preservativo) poderá conduzir a uma consequência específica (e.g. proteger-se do VIH/SIDA). Já as expectativas de auto-eficácia reflectem o grau em que os indivíduos acreditam serem capazes de praticar o comportamento em questão (e.g. “Sou capaz de negociar o uso de preservativo” / “Acredito que não sou capaz de convencer o meu parceiro a usar preservativo”). As crenças de eficácia possuem diferentes níveis de generalidade: crenças de eficácia gerais e crenças de eficácia específicas. As crenças de



eficácia específicas possuem um impacto mais forte na iniciação do comportamento como, por exemplo, as crenças de eficácia de redução do próprio risco de ser infectada com o VIH ou a crença de auto-eficácia na negociação do preservativo. Estas crenças são traduzidas na confiança do indivíduo face à sua capacidade de baixar o risco pessoal de contrair o VIH usando sempre o preservativo (Costa, 2007).

De acordo com a UNAIDS (2001), os programas de intervenção dirigidos à prevenção do VIH/SIDA construídos com base da TSC integram informação e mudança de atitude para alcançar motivação e reforço de competências de redução do risco e aumento da auto-eficácia. As actividades focam-se essencialmente na experiência que as pessoas têm em falar com os seus parceiros acerca de sexo e do uso do preservativo, nas crenças positivas e negativas acerca da utilização do preservativo e no tipo de barreiras que enfrentam na redução do risco.

O próprio autor da teoria (Bandura, 1989; 1992; 1994), refere que uma intervenção eficaz deve incluir diferentes tipos de componentes: (1) uma informativa, planeada para aumentar a consciência e os conhecimentos acerca dos riscos para a saúde e para persuadir os indivíduos de que eles têm a capacidade de mudar o seu comportamento; (2) uma que desenvolva as competências sociais, de auto-regulação e de redução do risco, essenciais para a transição entre o conhecimento sobre o risco e o comportamento preventivo (acção); (3) uma que melhore o nível destas competências (sociais e auto-reguladoras) e o nível de auto-eficácia relativamente às mesmas (prática e *feedback* correctivo na aplicação das competências); e (4) uma que desenvolva ou envolva o apoio social para a pessoa que está a operar a mudança, com o objectivo de facilitar este processo e promover a manutenção da mudança (Bandura, 1989; 1992; 1994). Especificamente, e no que se refere à componente informativa das intervenções baseadas na TSC, a informação deve focar-se numa série de particularidades, tais como, fornecer informação acerca da natureza da doença e das vias de transmissão, ajudar a reflectir sobre o que constitui o comportamento preventivo eficaz, e apresentar informação que ajude as pessoas a acreditar que são capazes de envolver-se na prevenção de forma efectiva e eficaz (Bandura, 1994). Assim, uma intervenção baseada na TSC deve informar as pessoas de que o seu comportamento actual pode ser perigoso e ensiná-las a serem mais seguras. Espera-se que esta informação seja promotora de auto-eficácia relativamente à prevenção do VIH/SIDA. Segundo a própria TSC e também de acordo com vários estudos acerca desta temática, a informação é necessária mas, isoladamente, não é suficiente para produzir a mudança comportamental e a

execução dos comportamentos preventivos. Assim sendo, a componente informativa deve surgir aliada a uma componente auto-reguladora, que desenvolva nos indivíduos as competências necessárias para um verdadeiro envolvimento nos esforços de prevenção (Bandura, 1992). De acordo com Bandura (1989), estas competências auto-reguladoras são necessárias porque as pessoas precisam de orientação sobre como converter as suas preocupações em acções efectivas e eficazes. Estas competências de auto-regulação incluem tarefas como, por exemplo, conhecer as pistas associadas ao risco (reconhecer as sequências comportamentais que conduziram ao risco), ser capaz de se recordar de como é importante o comportamento seguro (desenvolver objectivos internos), e reforçar a prática (usar auto-incentivos para se motivar e aplicar outros tipos de auto-orientação cognitiva). Aqui, também é muito importante oferecer “modelos” que consigam representar eficazmente as competências de auto-regulação. Para além das competências auto-reguladoras, o autor teoriza que o desenvolvimento de competências de redução do risco é um aspecto primordial nesta teoria e na sua implementação. Estas competências de redução do risco podem ser de natureza técnica (e.g. saber como utilizar correctamente o preservativo), social (e.g. saber como negociar o uso do preservativo ou como sair de situações de risco), ou ambas (e.g. saber como erotizar a utilização do preservativo, ou seja, a sexualidade segura). A modelagem social é um dos mecanismos de aprendizagem destas competências de redução do risco face ao VIH/SIDA. Estratégias como a modelagem por videocassete (e.g. exposição de vídeos que exemplificam as competências em foco, mostrando modelos ao vivo a utilizarem estas competências ou através de *role-play* dos comportamentos correctos) podem ser muito eficazes, na medida em que são susceptíveis de transmitir conhecimento e competências a um grande número de indivíduos (Bandura, 1992, 1994). Aqui é fulcral adaptar as intervenções ao grupo alvo ao qual se dirigem, pois as pessoas desenvolvem um sentimento mais forte de auto-eficácia a partir da exposição aos modelos com os quais se identificam em termos de idade, género, estatuto, etnia, tipo de problemas, situações de vida em que vão aplicar as competências, ou tipo de comportamento de risco face ao VIH. No que se refere à terceira componente, aquela que visa melhorar o nível de competências sociais e construir o sentimento de auto-eficácia, Bandura (1989, 1992, 1994) defende que as pessoas necessitam de praticar o comportamento preventivo (e.g. negociação do sexo seguro) em contextos progressivamente mais complexos (que vão desde contextos em que não têm receio de cometer erros ou parecer inadequado, às situações mais difíceis que possam imaginar na gestão dos aspectos interpessoais da

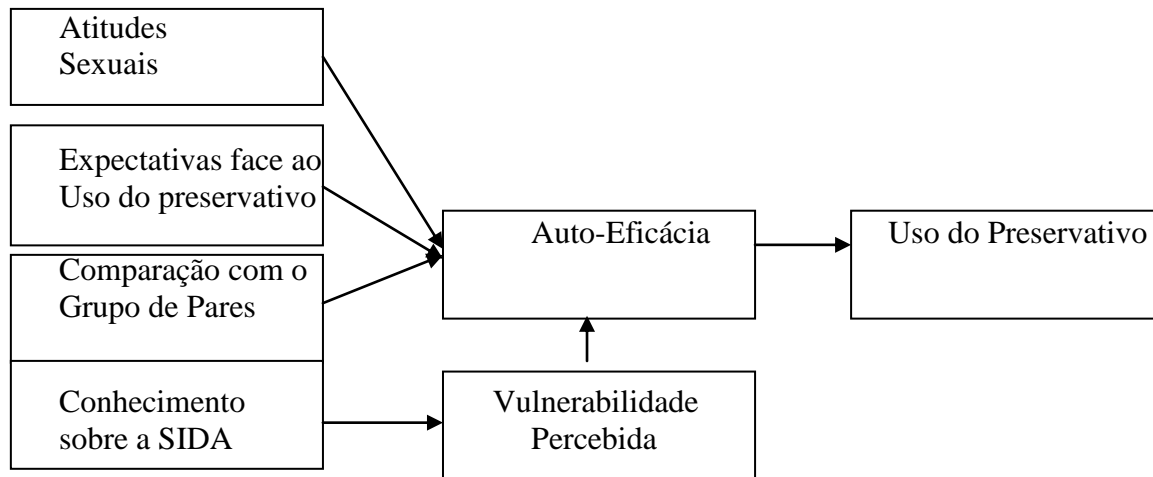
sexualidade). A última e quarta componente teorizada pela TSC para uma intervenção eficaz de prevenção do SIDA, refere que é necessário haver o desenvolvimento de um contexto de apoio social para a mudança comportamental. Uma vez que a mudança pessoal ocorre no seio de uma rede de influências sociais, a influência social, especialmente a influência social normativa, influencia a iniciação, curso e manutenção da mudança (Bandura, 1994). Por exemplo, no âmbito da protecção face ao SIDA, o uso do preservativo requer que as mulheres exerçam controlo sobre o próprio comportamento e sobre o dos homens, num contexto social mais restrito (díade). Num nível social mais alargado, e de acordo com esta componente, as atitudes e as normas sociais devem ser alteradas no sentido da responsabilidade face às consequências sexuais de risco. Isto pode ser alcançado através de programas comunitários com a difusão social de um novo comportamento (Bandura, 1989). Assim sendo, não há dúvidas de que as influências sociais desempenham um papel primordial na iniciação e na manutenção dos comportamentos sexuais seguros. Esta teoria, com as suas componentes, foi adaptada e aplicada à explicação do uso do preservativo por Wulfert e Wan (1993), ligando as variáveis cognitivas à auto-eficácia e ao uso do preservativo, tal como se pode verificar na figura que se segue (Figura 1).

A TSC têm vindo a ser aplicada a algumas intervenções/programas que visam a promoção de comportamentos sexuais seguros e a prevenção do SIDA, demonstrando que estas são eficazes. Algumas destas intervenções aplicam os fundamentos da TSC na sua totalidade, outras aplicam apenas alguns dos seus elementos, tal como veremos de seguida.

A literatura apresenta alguns estudos de revisão acerca da eficácia da aplicação da TSC na mudança comportamental em termos de sexualidade segura. Odutolu (2005) foi um dos autores que reviu alguns desses estudos. Um desses estudos desenvolveu-se em 1992, por Walter e colaboradores (cit. por Odutolu, 2005), onde aplicaram a TSC na identificação dos factores associados a comportamentos de risco para o VIH entre adolescentes nova-iorquinos (59.2% de origem africana).

Figura 1

*Aplicação da Teoria Sócio-Cognitiva à utilização do preservativo (Wulfert & Wan, 1993; traduzido e adaptado para português por Costa, 2007, p. 109).*



Os autores constataram que as normas e os valores sociais, assim como, a auto-eficácia revelaram-se como preditores significativos do tipo de comportamento sexual (protegido ou desprotegido) destes jovens. Também Santelli e colaboradores (1996; cit. por Odutolu, 2005) testaram a TSC entre outros modelos, no decorrer de um projecto comunitário de luta contra a SIDA, onde participaram 630 mulheres (45% adolescentes), tendo concluído que a auto-eficácia, tal como se encontra postulada na TSC, encontrava-se significativamente associada à capacidade de falar acerca do preservativo, assim como, a um maior uso do preservativo e a uma maior capacidade de recusar o sexo desprotegido. Também um projecto desenvolvido no Reino Unido, designado de “*Pause*” e que incluiu 5 anos de estudos longitudinais, aplicou as componentes da TSC, tendo demonstrado que a intervenção se encontrou associada a um atraso da primeira relação sexual (Mahler, 1996; cit. por Odutolu, 2005). Esta é uma intervenção largamente difundida pelo Departamento de Saúde da Criança, na Universidade de Exeter. As características desta intervenção incluem uma componente de avaliação global, que combina a aplicação dos princípios da TSC com uma educação sexual combinada entre profissionais de saúde, professores e formação de pares. Esta intervenção preocupou-se em seguir os estudantes desde os 13 até aos 18 anos. Os resultados deste estudo demonstraram que, através da aquisição de competências pertinentes (e.g. auto-eficácia), juntamente com a educação sexual, os adolescentes que participaram na intervenção tinham menos probabilidade de ser sexualmente activos em

tenra idade, de aumentar os seus conhecimentos acerca dos contraceptivos e ISTs, de melhorar as suas crenças e atitudes positivas face ao sexo seguro, do que os colegas que não participaram na intervenção. De acordo com Odutolu (2005), em termos explícitos, a intervenção baseou-se nos princípios de que há uma interacção dinâmica e recíproca entre o ambiente social, os factores pessoais e os comportamentos. Isto traduz-se na aceitação de uma componente social na mudança individual, que tem o potencial de mudar as normas, abordando um grupo de pessoas que compartilham experiências sociais comuns. Assim, a intervenção “*Pause*” demonstrou ser eficaz, ao identificar as normas sociais dos adolescentes e, em função disso, equipá-los com competências necessárias para a mudança, ajudando a estabelecer uma nova cultura de comportamento responsável. Todos estes argumentos confirmados pesam a favor da aplicação dos princípios da TSC na mudança do comportamento sexual. Estes estudos revistos por Odutolu (2005) comprovam que a TSC tem vindo a demonstrar a sua eficácia ao nível da mudança comportamental face a comportamentos de risco para o VIH/SIDA em diferentes populações alvo, o que reforça a sua aplicação e atesta a validade dos seus princípios e componentes.

Em 1996, também Greenberg procedeu a uma meta-análise de 12 intervenções de redução do risco para o VIH que utilizaram a TSC em avaliações experimentais controladas, tendo verificado que a maioria das intervenções desenvolvidas com indivíduos não infectados obtiveram mudanças positivas nos comportamentos de risco, com uma dimensão média de efeitos que atingiu ou ultrapassou os efeitos de outras teorias de mudança comportamental (Greenberg, 1996; cit. por UNAIDS, 2001). Ainda no âmbito da revisão de algumas meta-análises, também Kalichman, Carey e Johnson (1996) desenvolveram uma meta-análise de 12 intervenções dirigidas à prevenção do VIH/SIDA construídas com base nos princípios da TSC. Todas as intervenções revistas pelos autores partilham algumas componentes da TSC (e.g. educação e sensibilização para o risco, construção da auto-eficácia, e treino de competências). Os resultados desta investigação demonstraram que o efeito das 12 intervenções foi positivo e significativo nos comportamentos em questão. Assim, e atendendo aos resultados dos diferentes estudos, os autores concluíram que estas intervenções baseadas na TSC são susceptíveis de alterar os comportamentos sexuais associados à transmissão do VIH.

Wang, Li, Stanton, Fang e colaboradores (2007) desenvolveram um estudo piloto de adaptação cultural de uma intervenção de redução do risco do VIH baseada na TSC e na Teoria da Motivação para a Protecção (TMP). O modelo de intervenção

teorizou que o comportamento sexual depende de factores individuais, mas também das normas sociais, parentais e de pares; da percepção de vulnerabilidade para o risco; da auto-eficácia para o sexo seguro; e da percepção de benefícios na sexualidade segura. A intervenção foi desenvolvida no sentido de promover competências ao nível destes factores. Esta intervenção incidiu num grupo de 380 estudantes de quatro universidades chinesas. A avaliação de seis meses demonstrou que esta intervenção, parcialmente baseada na TSC, demonstrou ser eficaz ao nível do aumento de conhecimentos acerca da sexualidade (nomeadamente do preservativo), e no aumento do nível de competências auto-protectoras (e.g. auto-eficácia). Estes resultados sugerem que a junção de componentes da TSC com outras teorias, nomeadamente, a TMP, devidamente adaptada, é eficaz no aumento de competências psicossociais relevantes para a protecção do VIH/SIDA em jovens estudantes chineses.

Em contexto africano, Boileau, Rashed, Sylla e Zunzunegui (2008) desenvolveram uma intervenção de promoção da saúde sexual, que incluiu uma amostra de 342 indivíduos malianos, jovens, de ambos os sexos. Este estudo teve ainda como objectivo a adaptação de um instrumento de avaliação de identificação dos padrões do comportamento sexual em jovens africanos urbanos. As variáveis incluídas na investigação basearam-se na TSC e na TCP (comunicação com os pais e pares, conhecimentos, atitudes e normas sociais percebidas). Os resultados do estudo demonstraram que o instrumento possui elevada validade e consistência interna. Variáveis como o género, experiência sexual prévia e nível de educação demonstraram estar significativamente correlacionados com as atitudes e percepção de controlo face ao sexo seguro. Além disso, foi possível constatar que as atitudes, as percepções de controlo, as normas percebidas e as competências de comunicação são medidas válidas de avaliação do comportamento sexual nestes jovens. Perante estes resultados, os autores são da opinião de que o instrumento validado é uma ferramenta segura na avaliação do comportamento sexual de jovens africanos oriundos de contextos urbanos. Os construtos da TSC contribuíram para a eficácia deste instrumento de avaliação, assim como, para a identificação dos factores que se encontram associados a comportamentos sexuais de risco entre os jovens estudados.

A TSC também tem vindo a ser aplicada a algumas intervenções com vista à promoção do comportamento sexual saudável especificamente em mulheres, tal como veremos na revisão de alguns estudos que se seguem. Por exemplo, Bryan, Aiken e West (1996) desenvolveram uma intervenção de apenas uma sessão, com 198 mulheres

norte-americanas, com o objectivo de promover a utilização do preservativo. A criação desta intervenção baseou-se em componentes do MCS como, por exemplo, susceptibilidade, severidade e benefícios; e da TSC, tais como, a auto-eficácia (na obtenção do preservativo, utilização do preservativos, mecanismos de uso de preservativos, reforço da intenção de usar preservativos com o parceiro sexual e na gestão da insatisfação do parceiro face ao uso do preservativo). Os resultados desta investigação demonstraram que a intervenção produziu um aumento no uso do preservativo no seguimento de seis meses. Esta intervenção também se revelou eficaz ao nível do aumento das percepções de benefícios no uso do preservativo, no aumento de atitudes positivas face ao uso do preservativo e face aos seus utilizadores, na percepção de um maior controlo sobre o encontro sexual, na auto-eficácia para o uso do preservativo, e nas intenções para usar preservativos.

No que se refere a intervenções especificamente dirigidas a mulheres de origem africana, também O'Leary, Jemmott e Jemmott (2008), no decorrer de um estudo mais recente, avaliaram uma intervenção baseada nos pressupostos da TSC, tendo esta se evidenciando eficaz na prevenção de comportamentos de risco para o VIH/SIDA em mulheres afro-americanas. Esta intervenção, designada de "*Sister-to-Sister*", encontrou-se integrada num projecto mais alargado de promoção da saúde da mulher negra afro-americana. Esta intervenção teve um impacto significativo na diminuição de comportamentos sexuais de risco, ao nível do auto-relato, e confirmada biologicamente pela diminuição da incidência de ISTs. Tentou-se identificar quais os factores da teoria que se encontraram associados ao sucesso da intervenção. Assim, 564 mulheres (média de idade de 27.2 anos) de origem afro-americana, participaram num estudo randomizado, com avaliações de três, seis e doze meses após a intervenção. As variáveis de resultado derivaram da TSC (conhecimento acerca do uso do preservativo, crenças hedonísticas acerca dos efeitos do uso do preservativo, reacções esperadas pelo parceiro aquando da solicitação do uso do preservativo, auto-eficácia para o controlo de impulsos, auto-eficácia para o uso do preservativo, e auto-eficácia para a negociação do preservativo com o parceiro). Os resultados da investigação demonstraram que esta foi eficaz ao nível da melhoria de quase todos os potenciais mediadores, excepto conhecimentos para o uso do preservativo, crenças hedonísticas, e auto-eficácia para o controlo de impulsos. As análises efectuadas a factores como expectativas face à reacção do parceiro, aprovação do preservativo por parte do parceiro, e auto-eficácia para o uso do preservativo, foram mediadores significativos. Quando inseridos numa

análise multivariada, a auto-eficácia foi o único factor significativo ( $p=.001$ ). Os resultados desta investigação sugerem que, duma forma geral, a aplicação dos princípios da TSC são bons ingredientes numa intervenção que visa a diminuição do risco sexual na população feminina, em especial a população americana de origem africana. No entanto, é importante realçar que os resultados destacam sobretudo a importância da variável auto-eficácia, o que é consistente com vários outros estudos (e.g. Costa & Leal, 2005; O'Leary & Jemmott, 1995; Pallonen, Williams, Timpson, Bowen & Ross, 2008; Rogado & Leal, 2000; Wingood & DiClemente, 2002), revistos anteriormente aquando da abordagem da influência dos factores sócio-cognitivos nos comportamentos sexuais de risco. Assim, e atendendo aos resultados desta investigação, será legítimo considerar que a auto-eficácia da mulher é mais importante do que as características do parceiro na negociação do sexo seguro (O'Leary, Jemmott & Jemmott, 2008).

### **Análise Crítica e Conclusão à Abordagem da TSC**

A TSC tem vindo a ser associada e aplicada a uma série de domínios no campo da mudança comportamental em saúde (Ogden, 2004). A revisão da literatura demonstra que a TSC também tem vindo a ser amplamente abordada na compreensão do comportamento sexual e que as suas componentes têm sido aplicadas a vários programas de intervenção, tidos como eficazes na promoção de comportamentos sexuais saudáveis e na prevenção do VIH/SIDA. No entanto, e de acordo com Fisher, Fisher, Williams e Malloy (1994), a sua aplicação apresenta vantagens, mas também algumas limitações.

Em relação às limitações, estas prendem-se sobretudo com o facto das inter-relações entre os diferentes elementos da TSC, na sua totalidade, nunca terem sido especificadas de forma abrangente (Fisher & Fisher, 2000). Ou seja, enquanto modelo integrado e multifacetado, a TSC nunca foi testada, o que tem vindo a ser considerado como uma limitação, na óptica destes autores. No entanto, algumas das suas componentes têm sido testadas e confirmadas, o que lhe tem conferido suporte empírico a esse nível, tal como iremos expor de seguida. De acordo com os mesmos autores (Fisher & Fisher, 2000), outra das limitações desta teoria em termos empíricos tem a ver com o facto de não se observar na literatura nenhum tipo de relação simultânea (testada) entre as competências de auto-regulação e as de redução do risco. A ausência de testagem desta relação é um constrangimento à aplicação do modelo na opinião de Fisher e Fisher (2000), na medida em que Bandura (1994) teoriza que para haver



comprometimento nos esforços de prevenção é necessário que, para além de uma componente informativa, se observe uma relação simultânea entre as competências de auto-regulação e as competências de redução do risco. Em relação a esta crítica, será importante argumentar que na opinião dos autores da TSC, estas competências são essenciais, mas não suficientes. Ou seja, estas competências de auto-regulação e de redução do risco só se tornam essências quando se possui um sólido sentimento de auto-eficácia em relação à sua utilização. Fisher, Fisher, Williams e Malloy (1994) consideram assim que a TSC, enquanto modelo integrado e multivariado, nunca foi testado empiricamente em matéria de prevenção do VIH/SIDA. Adicionalmente, consideram que os construtos e as operações da TSC também nunca foram especificados de forma aprofundada no que se refere aos comportamentos preventivos face ao VIH/SIDA.

Como vantagens e em contraponto ao que afirmaram anteriormente em relação às limitações, Fisher e Fisher (2000) concordam que as relações entre alguns elementos da TSC, considerados como essenciais na prevenção do VIH, têm recebido apoio empírico, o que se traduz numa vantagem na aplicação do modelo. Assim, consideram que se tem assistido à confirmação da correlação entre alguns construtos sócio-cognitivos e a prática de comportamentos sexuais preventivos em relação ao VIH/SIDA. Por exemplo, Bandura (1994) teorizou que a informação é relevante, mas, por si só, não é eficaz na mudança comportamental, tal como se reviu em capítulos anteriores. Neste seguimento, referiu também que apenas a informação relevante e pertinente em matéria de prevenção (e.g; informação sobre a transmissão e prevenção do VIH) é importante na mudança comportamental para a protecção. Neste âmbito, as competências de auto-eficácia para a gestão do risco são as mais suportadas e validadas. E a componente informativa é tanto mais eficaz quanto capaz de fomentar um sentimento de auto-eficácia nos indivíduos.

Vários estudos têm vindo a demonstrar que o nível de auto-eficácia é um bom preditor da conduta comportamental para o risco ou protecção. Por exemplo, Baele, Dusserdorf e Maes (2001) constataram que a auto-eficácia é um dos mais fortes preditores da intenção do uso do preservativo entre adolescentes. Chewing e colaboradores (2001) concluíram, no decorrer de um estudo com jovens norte-americanos, que a auto-eficácia de se absterem do sexo e de utilizarem preservativos encontrava-se significativamente associada ao evitamento das relações sexuais e ao uso consistente do preservativo. Kang e colaboradores (2004), numa investigação com

indivíduos toxicodependentes, constataram que os sujeitos que apresentavam mudanças negativas na auto-eficácia possuíam maior probabilidade de se envolverem em comportamentos sexuais de risco, do que aqueles sem mudança ou com mudança positiva ao nível da auto-eficácia. Também os estudos desenvolvidos particularmente com população feminina têm solidificado a importância da auto-eficácia na predição de comportamentos sexuais seguros. Neste âmbito, Zhao e colaboradores (2008) demonstraram que elevados níveis de auto-eficácia, num grupo de trabalhadoras do sexo chinesas, encontravam-se associados a um maior nível de competências de negociação com os parceiros e a uma maior intenção para o uso do preservativo com os clientes. A auto-eficácia enquanto variável relevante na protecção sexual face ao VIH mantém a sua importância em estudos desenvolvidos com população feminina de origem africana. Por exemplo, O'Leary e colaboradores (2008) observaram que a auto-eficácia demonstrou ser um dos principais preditores para o sexo seguro entre um grupo de mulheres afro-americanas. De acordo com Fisher e Fisher (2000), a importância da auto-eficácia reside no facto de possuir um forte impacto na decisão e determinação da mudança, nos esforços a efectuar e no quanto as pessoas irão persistir na tentativa de mudança sem desistir. Por outro lado, os autores são da opinião que na ausência de percepção de auto-eficácia os indivíduos não são capazes de concretizar comportamentos seguros, mesmo sabendo o que constitui o comportamento seguro e quais as competências necessárias para tal.

Outro construto importante da TSC que tem recebido apoio empírico tem a ver com o apoio social normativo. São vários os estudos que referem que este influencia os comportamentos preventivos face ao VIH/SIDA. Em termos de prevenção do VIH/SIDA e promoção da saúde sexual, são vários os estudos que referem que as pressões sociais determinam a forma como as pessoas percebem o sexo seguro (e.g. utilização do preservativo), a protecção sexual da mulher, e a contextualização da doença, etc. (Macia & Langa, 2004; Plummer et al., 2006; Rogado & Leal, 2000). Esta componente normativa social tem uma importância fulcral na cultura africana, onde os índices de infecção pelo VIH são muito elevados. Por exemplo, Plummer e colaboradores (2006) documentam que na Tanzânia há populações que acreditam na possibilidade de cura do SIDA, o que se relaciona com percepções de baixa gravidade da doença e, consequentemente, baixo nível de esforços para a protecção. Macia e Langa (2004) referem que a não utilização do preservativo entre a população moçambicana é influenciada por uma série de crenças sociais que sobrevaloriza o poder

cultural da ejaculação sem preservativo. As normas sociais influenciam ainda outras componentes relevantes para a protecção como é o caso da auto-eficácia. No decorrer de um estudo comparativo entre população feminina portuguesa e cabo-verdiana, Rogado e Leal (2000) constaram que os níveis de auto-eficácia das mulheres cabo-verdianas eram inferiores aos das portuguesas, estando este facto relacionado com questões sociais.

Também um estudo desenvolvido por Williams e colaboradores (2008) demonstra o quanto a operacionalização dos construtos da TSC pode explicar os comportamentos de risco, sobretudo nas mulheres (de origem africana). Os autores constaram que a variável auto-eficácia era uma forte preditora do uso do preservativo em ambos os sexos. No entanto, aquando de uma análise comparativa, a auto-eficácia, assim como, as normas subjectivas apresentaram-se como os melhores preditores para a intenção do uso do preservativo especialmente nas mulheres. Também Heeren e colaboradores (2007) desenvolveram uma investigação com mulheres norte-americanas e sul-africanas, tendo constatado que os principais preditores do uso do preservativo entre as africanas foram as atitudes positivas, as normas subjectivas e, sobretudo, a auto-eficácia; entre as norte-americanas os principais preditores foram as normas subjectivas.

Em conclusão, e atendendo ao que vários autores têm vindo a referir, é possível constatar que a TSC apresenta limitações e vantagens na sua aplicação (Fisher et al., 1994). Apesar dessas limitações, é incontestável que esta tem sido a base duma série de intervenções eficazes e ainda tem inspirado o desenvolvimento de técnicas e estratégias de redução do risco muito promissoras (e.g. *role-play*, *empowerment*, promoção do suporte social, etc.) (Costa, 2007). Os seus elementos têm ainda contribuído para o desenvolvimento de outros modelos que apoiam a promoção da saúde sexual e redução do risco para o VIH, tais como, a Teoria da Acção Racional, a Teoria do Comportamento Planeado, e o Modelo de Informação – Motivação – Competências Comportamentais (Fisher & Fisher, 2000), que analisaremos mais adiante.

### **2.2.2. Modelo de Crenças da Saúde (MCS)**

O Modelo de Crenças da Saúde (MCS) é um dos modelos mais utilizados em contextos de saúde ao nível da mudança comportamental em geral (Kreitler & Kreitler, 1997) e bastante referido na literatura ao nível da explicação comportamental no que se refere ao VIH/SIDA (Noar, 2007; Odutolu, 2005; Pechansky, 2001). Este modelo também foi o primeiro a surgir, no decorrer dos anos 50, nos E.U.A (Odutolu, 2005), sobretudo no âmbito da explicação dos comportamentos preventivos de saúde, dos

comportamentos de doença e da utilização dos serviços clínicos (Janz & Becker, 1984). Começou por ser desenvolvido nos anos 60 por Rosenstock e, posteriormente, por Becker e colaboradores ao longo das décadas de 70 e 80. Actualmente é aplicado a uma larga gama de comportamentos relacionados com a saúde (Ogden, 2004).

De acordo com a UNAIDS (2001) o MCS considera que o comportamento saudável é uma função das características sócio-demográficas, dos conhecimentos, e das atitudes do indivíduo. O MCS refere que o comportamento é resultado de uma série de crenças centrais, que têm vindo a ser reformuladas ao longo dos anos. Estas crenças de base estão relacionadas com as percepções individuais acerca (1) da susceptibilidade à doença, (2) da gravidade da doença, (3) dos custos envolvidos na realização de um dado comportamento, (4) dos benefícios envolvidos na realização de um dado comportamento, (5) e das pistas para a acção, que podem ser internas ou externas (Ogden, 2004). Relativamente às mesmas crenças e adaptando-as para o comportamento sexual em relação ao VIH, a UNAIDS (2001) refere que a pessoa só é capaz de mudar o comportamento se possuir uma série de crenças acerca (1) da susceptibilidade percebida em relação a um problema particular de saúde (“estou em risco em relação ao VIH”), (2) da gravidade percebida dessa condição (“quão grave é a infecção pelo VIH/SIDA e quão dura será a minha vida se for infectado”), (3) da eficácia do novo comportamento (“os preservativos são eficazes na protecção contra o VIH”), (4) das disposições para a acção (“testemunhar a morte ou doença de um amigo ou familiar devido ao VIH/SIDA”), (5) das vantagens das acções preventivas (“se começo a utilizar o preservativo, evito a infecção pelo VIH/SIDA”), (6) das barreiras para iniciar a acção (“não gosto de usar o preservativo”).

Assim sendo e de acordo com Silveira e colaboradores (2002), no MCS existem quatro percepções relevantes para aceitar intervenções médico-sanitárias: susceptibilidade, severidade, benefícios e barreiras. Indivíduos que não se sentem vulneráveis a uma doença tendem a não aceitar as medidas preventivas recomendadas. Ou seja, no contexto da prevenção do VIH, o MCS descreve o processo de tomada de decisão consciente sobre a utilidade de acções de saúde (e.g. uso de preservativos) e sublinha alguns dos factores determinantes na adopção de comportamentos protectores, assumindo que o comportamento preventivo face ao VIH depende da vulnerabilidade percebida para a infecção, da severidade percebida da infecção pelo VIH, dos custos e benefícios percebidos do comportamento preventivo, e das pistas para a acção (Fisher et al., 1994). O MCS teoriza que as crenças centrais devem ser utilizadas para predizer a

probabilidade de um determinado comportamento vir a ocorrer (Ogden, 2004). Neste modelo, promover acções para a mudança comportamental inclui mudar as crenças pessoais dos indivíduos. Assim, as pessoas pesam os benefícios contra os possíveis custos e barreiras para a mudança. Para a mudança ocorrer, tem que haver uma percepção de que os benefícios pesam mais do que os custos (UNAIDS, 2001). Neste sentido, o modelo baseia-se numa “expectativa de valor” e de custos/benefícios (Bennet, 2002).

Numa versão inicial, os autores do MCS consideraram as seguintes componentes: (1) susceptibilidade percebida, (2) severidade percebida, (3) vulnerabilidade percebida, e (4) benefícios e custos (barreiras). Posteriormente, outras reformulações e revisões do modelo acrescentaram as pistas para a acção e a auto-eficácia. A susceptibilidade percebida tem a ver com a percepção subjectiva do risco de contrair a doença. No que se refere à severidade percebida, esta engloba as percepções pessoais (avaliações) das consequências médicas/clínicas (e.g., ser contaminada com o VIH, morte, dor) e sociais (e.g., efeitos nas relações sociais, na vida familiar) de contrair uma doença ou de a deixar sem tratamento. A combinação da susceptibilidade com a severidade é reconhecida como sendo a “ameaça percebida”. A vulnerabilidade percebida proporciona a força para agir, mas o curso da acção depende da avaliação dos custos e benefícios das opções de comportamento de saúde. Os benefícios (de ter relações sexuais protegidas) envolvem crenças sobre a eficácia das opções disponíveis para reduzir a ameaça da doença. Ou seja, a menos que uma opção comportamental seja vista como eficaz, é pouco provável que seja realizada. Assim, um indivíduo que possua um bom nível de susceptibilidade e de severidade apenas aceitará a recomendação de acção para a saúde se a perceber como potencialmente eficaz. Os custos (barreiras ou possíveis consequências negativas de usar preservativo) envolvem qualquer potencial aspecto negativo de uma acção de saúde (e.g., dor, despesa, perigo, estigma, efeitos secundários, inconveniência) e podem impedir o comportamento preventivo. Mesmo que os indivíduos se sintam vulneráveis face a uma doença, eles não irão modificar o seu comportamento (e.g., adoptar medidas preventivas), excepto se a análise custo-benefício for favorável à mudança. As pistas/estímulos podem ser internos (e.g., experimentar sintomas) ou externos (e.g., conhecer alguém próximo que tem a doença, ser exposto aos meios de comunicação social, etc.). Enquanto que os níveis de susceptibilidade, severidade, custos e benefícios dos indivíduos são vistos como determinantes principais do comportamento de saúde, o MCS também assume que uma

vasta gama de variáveis demográficas, sociológicas (e.g., escolaridade), psicológicas e estruturais, podem afectar as percepções do indivíduo (e.g., susceptibilidade, severidade, benefícios, barreiras) e, deste modo, afectar o comportamento preventivo de forma indirecta (Rosenstock et al., 1994; cit. por Costa, 2007).

Outra noção adicionada ao MCS por Rosenstock, Stetcher e Becker (1988) foi a de auto-eficácia, de modo a aumentar o seu poder explicativo. Os autores propõem a auto-eficácia como uma variável independente que adicionam às variáveis tradicionais do MCS (susceptibilidade, severidade, benefícios e barreiras), considerando esta abordagem mais poderosa para compreender e influenciar o comportamento relacionado com a saúde. Este conceito distingue-se do de expectativas de resultado (estimativa da pessoa de que determinado comportamento irá conduzir a certos resultados) e é semelhante ao conceito de benefícios percebidos.

Segundo o MCS, a decisão de utilizar ou não o preservativo com um novo parceiro implica a ponderação de uma série de questões. A percepção de ameaça envolveria a consideração da probabilidade de encontrar um parceiro sexual VIH positivo, do risco de transmissão do VIH através das relações sexuais não protegidas, e da gravidade de qualquer doença subsequente. A avaliação comportamental tem em conta a probabilidade das práticas sexuais reduzirem o risco de transmissão e os custos destas. Esta probabilidade pode reflectir preocupações quanto à eficácia dos preservativos. Os custos podem ser, por exemplo, o embaraço que representa a aquisição de preservativos, a negociação do seu uso, a redução do prazer sexual, etc. Finalmente, a importância da utilização do preservativo para a pessoa pode variar de acordo com as suas experiências em relação à infecção pelo VIH, à SIDA ou a programas de promoção da saúde sexual segura (Bennet & Murphy, 1999).

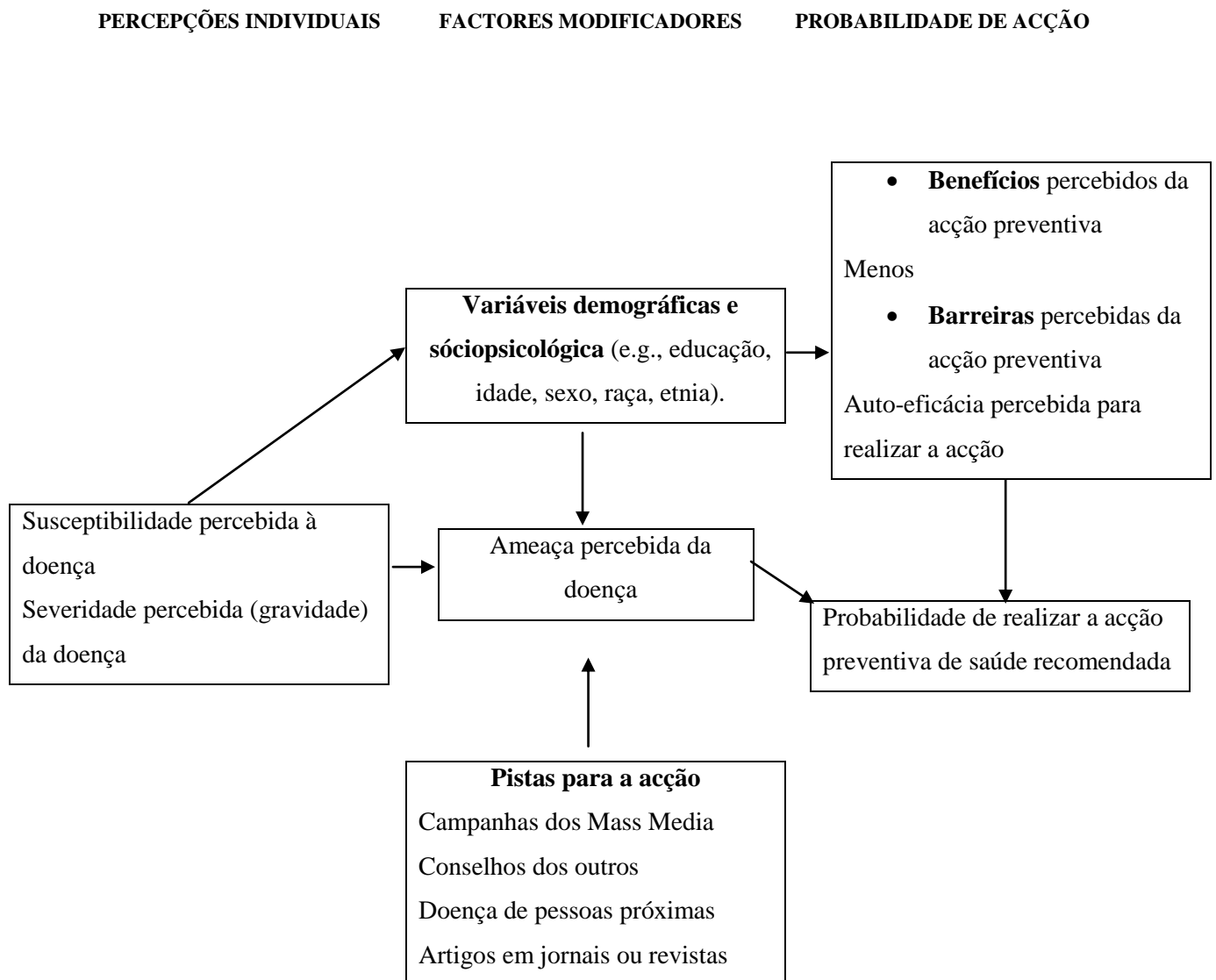
Resumindo, de acordo com o que os seus autores preconizaram (inicialmente Rosenstock e colaboradores e, mais tarde Becker e colaboradores), para que as pessoas mudem os seus comportamentos de saúde é necessário que se sintam ameaçadas pelo comportamento actual e que acreditem que a mudança a operar será benéfica, eficaz e de custo aceitável. É muito importante que também se sintam capazes de operar essa mudança (auto-eficácia) (Rosenstock et al., 1994). A esquematização destes princípios e outros inerentes ao MCS encontra-se na figura que se segue adiante.

Tal como já foi referido anteriormente, o MCS tem sido amplamente abordado no âmbito dos comportamentos de saúde e, como tal, também tem apoiado o desenvolvimento de várias investigações dirigidas à prevenção da infecção pelo VIH. A

maioria destas investigações apoiam a aplicação do MCS, mas outras encontram controvérsias na operacionalização das suas componentes, tal como observaremos de seguida.

Figura 2

*Elementos Básicos do Modelo de Crenças de Saúde (Janz & Becker, 1984; traduzido e adaptado para o português por Costa, 2007, p.122).*



Neste âmbito surge-nos uma investigação de Steers, Elliott, Nemiro, Ditman e Oskamp (1996) que utilizou as componentes do MCS (percepção de susceptibilidade, percepção de severidade, auto-eficácia, apoio social, e percepção de barreiras) na identificação dos preditores de comportamentos de risco sexual entre estudantes de diferentes etnias (euro-americana, latino-americana, asiático-americana e afro-

americana). As análises de regressão efectuadas identificaram a percepção de susceptibilidade, a auto-eficácia e a percepção de suporte social como fortes preditores para os comportamentos sexuais seguros (ao nível do número de parceiros e da monogamia). Os resultados desta investigação conferem suporte empírico ao MCS, principalmente ao nível destas três variáveis em particular. No entanto, é de realçar que estes resultados foram especialmente positivos para os jovens euro-americanos, o que poderá sugerir o desenvolvimento da aplicação do modelo de forma mais adaptada a populações de outras etnias. Assim, deve-se testar a aplicação do modelo de forma mais realista em contextos etnicamente minoritários.

Neste sentido, Neef e Crawford (1998) avaliaram a eficácia da aplicação do MCS na prevenção do VIH/SIDA (dando especial relevo à questão dos consumos alcoólicos como uma barreira para o sexo seguro) numa população de 1390 indivíduos de diferentes etnias (anglo-saxónica, afro-americana e mexicano-americana). Os resultados desta investigação sugerem que a percepção de barreiras é um dos fortes preditores para os comportamentos sexuais, tal como é teorizado pelo MCS, para os indivíduos das diferentes etnias.

No continente africano, Tenkorang, Rajulton e Maticka-Tyndale (2008) consideram que os componentes do MCS podem ser bons preditores no contexto da prevenção face ao VIH. Estes autores desenvolveram uma investigação com jovens sul-africanos (idades compreendidas entre os 14 e os 22 anos), onde colocaram a hipótese de que a susceptibilidade percebida e a aquisição de conhecimentos acerca do VIH, tal como são preconizados pelo MCS, juntamente com os factores socioeconómicos e as influências familiares e escolares, são variáveis preponderantes ao nível da iniciação sexual (da primeira relação sexual). No que se refere às componentes do MCS, os autores constataram que foram as jovens que se percepcionavam com mais baixa susceptibilidade de risco e os jovens (sexo masculino) com elevado nível de conhecimentos acerca da doença que demonstraram um início da sexualidade mais tardio. Ou seja, no que refere ao nível de conhecimentos, estes dados são consistentes com a revisão da literatura. No que se refere à correlação positiva entre a baixa percepção de susceptibilidade e o comportamento protector (abstinência), denota-se uma incoerência com aquilo que é ditado pelo MCS. No entanto, há outros estudos que analisaram e tentaram compreender esta relação, tal como veremos de seguida, quando nos debruçarmos mais pormenorizadamente acerca do suporte empírico dos diferentes componentes do modelo em questão. Também em contexto africano Vermeer, Bos,



Mbwambo, Kaaya e Schaalma (2008) desenvolveram uma investigação onde tentaram perceber quais os preditores da testagem para o VIH entre uma população de estudantes de medicina tanzanianos ( $n=186$ ). Para tal, adoptaram o MCS como referencial teórico. Os resultados demonstraram que quase metade dos inquiridos (43%) referiu ter feito o teste para o VIH recentemente, e que o MCS, traduzido em variáveis demográficas e nas suas componentes cognitivas explicou 31% da variância na intenção para a participação na testagem para o VIH. Factores como a auto-eficácia, a percepção de severidade e a percepção de susceptibilidade contribuíram significativamente para o final do modelo de regressão. Apesar destes resultados algo consistentes ao nível de algumas componentes teóricas do MCS, os autores são da opinião de que, o modelo na sua globalidade, representa uma parcela limitada na variância explicada para a intenção da testagem. Conclui-se assim que a validade do MCS na explicação dos comportamentos preventivos para o VIH na África Subsaariana deve ser questionada, o que não invalida a importância de alguns dos seus elementos como é o caso da auto-eficácia, da percepção de severidade e da percepção de susceptibilidade.

Os resultados dos estudos supracitados são exemplos da aplicação do modelo ao contexto da prevenção do VIH. Estes permitem concluir que grande parte das componentes do modelo encontram suporte prático e validade, mas também apresentam as suas limitações. No que se refere ao suporte empírico das diferentes componentes do modelo, vários estudos apontam para algumas limitações na sua aplicação. De acordo com Janz e Becker (1984) o MCS é mais útil na explicação de condutas, do que na previsão de comportamentos. Ou seja, de acordo com a opinião destes autores, o MCS será mais eficaz na compreensão e análise dos comportamentos de risco (da forma como sucedem) do que no apoio ao nível da prevenção (predição).

Brunswick e Banaszack-Holl (1996) desenvolveram uma investigação que teve como objectivo testar a eficácia de uma intervenção para a prevenção do VIH/SIDA baseada nos princípios do MCS, numa população afro-americana ( $n=364$ ). Os resultados desta investigação demonstraram que a percepção de eficácia nos comportamentos preventivos é um forte preditor de comportamentos protegidos nas mulheres, o que sugere que a percepção de eficácia deve constar e ser reforçada nos programas de intervenção neste contexto e com esta população. No entanto, esta investigação evidenciou outros factos contraditórios ao que é postulado no MCS. Em primeiro lugar, verificou-se que, exceptuado a influência da auto-eficácia em termos positivos para a protecção, todas as outras variáveis construídas com base nas

componentes do modelo, se encontravam correlacionadas de forma negativa com o risco sexual. Por exemplo, a severidade não se correlacionou com as práticas de prevenção do VIH, e verificaram que a percepção de vulnerabilidade era um preditor significativo nas mulheres afro-americanas, demonstrando uma sequência causal inversa àquela que o MCS teoriza (o comportamento de risco prediz as percepções). Face a estes resultados, os autores são da opinião de que as percepções podem ser preditores, mas também consequência dos comportamentos de risco. No caso da percepção de susceptibilidade, esta tem potencial para activar e influenciar comportamentos protectores, tal como é ditado pelo MCS, mas, por outro lado, a percepção de susceptibilidade pode ser resultado da proximidade com esses comportamentos de risco. Estes resultados são consistentes com o que Gerrard, Gibbons e Bushman (1996) constatarem no decorrer de um estudo de revisão acerca da relação entre a percepção de vulnerabilidade e os comportamentos preventivos: frequentemente, a percepção de vulnerabilidade em relação ao VIH está correlacionada com o risco e com os comportamentos sexuais preventivos, mas não na sequência esperada (e teorizada pelo MCS). O que acontece muitas vezes é que são precisamente os indivíduos que se envolvem em mais comportamentos de risco que tendem a ter percepções mais elevadas da sua probabilidade de contraírem o VIH, do que as pessoas que se envolvem pouco ou nada com esses comportamentos de risco.

No que se refere à severidade percebida, este construto, tal como é definido pelo MCS, tem sido pouco aplicado ao contexto do SIDA. Isto pode dever-se ao facto de, para esta doença, as percepções de severidade serem efectivamente muito elevadas, o que frequentemente leva os investigadores a operacionalizarem medidas inapropriadas deste construto (e.g. avaliações pessoais das possíveis consequências biomédicas, financeiras, e sociais de contrair o VIH e de ser seropositivo) (Rosenstock et al., 1994; cit. por Costa, 2007). Esta componente do modelo tem gerado alguma controvérsia e isso é observável a partir dos resultados de alguns estudos. Por exemplo, Brunswick e Banaszack-Holl (1996), no decorrer de uma investigação baseada no MCS, com população afro-americana, constatarem que o componente severidade não mostrou ter relação com as práticas de prevenção face ao VIH. Por outro lado, Vermeer e colaboradores (2008), no decorrer de uma investigação com jovens tanzanianas, constatarem que a severidade foi um dos construtos do MCS que se encontrou significativamente associado a comportamentos preventivos. Posto isto, considera-se necessário desenvolver mais investigações acerca desta componente em particular.

Relativamente à componente dos benefícios percebidos, estes têm sido bastante analisados, principalmente ao nível dos sentimentos positivos gerados pelo uso do preservativo. Neste âmbito, a literatura refere que a percepção de que os preservativos aumentam o prazer sexual distingue os que o utilizam sempre o preservativo daqueles que não o fazem (Rosenstock et al., 1994). Neste âmbito e em concordância com o que foi referido acerca dos benefícios, também os custos/barreiras têm sido correlacionados negativamente com os comportamentos preventivos face ao VIH. A literatura tem vindo a sugerir que o nível de percepção de barreiras é um forte preditor do tipo de direcção dos comportamentos sexuais (Rosenstock et al., 1994) e vários estudos têm confirmado essa relação. Por exemplo, Wilson, Lavelle e Hood (1990) verificaram que os adolescentes zimbabueanos que possuíam um conjunto de barreiras face ao uso do preservativo, tais como, embaraço em falar sobre o uso de preservativos com os parceiros, embaraço na aquisição de preservativos, crença de que as pessoas que usam preservativos são promíscuas, e crenças de que o prazer do sexo desprotegido valia a pena, eram preditores da não utilização do preservativo. Também neste mesmo sentido e de acordo com o que é postulado pelo MCS, Hingson, Strunin, Berlin e Heerenn (1990), no decorrer de uma investigação com adolescentes, verificaram que aqueles que acreditavam que os preservativos não reduzem o prazer sexual e que não se sentiam embaraçados ao solicitarem a sua utilização, tinham 3.1 e 2.4 vezes maior probabilidade, respectivamente, de usar preservativos. Os resultados destes estudos sugerem que esta variável custos/percepção de barreiras é um construto com suporte empírico. De acordo com Janz e Becker (1984), as barreiras são a dimensão mais poderosa do MCS.

Quanto às pistas para a acção, verifica-se que estas têm sido um construto muito pouco operacionalizado e estudado. No entanto, algumas investigações apontam para a sua eficácia no decorrer de investigações preventivas. Por exemplo, Fisher e Fisher (1992) constataram que o visionamento de um filme de vídeo com pessoas que tiveram comportamentos sexuais de risco e que estavam infectadas com o VIH via heterossexual, possuía um impacto rápido e significativo no comportamento, na medida em que as pessoas relataram que o visionamento do vídeo encorajou-as a tomarem uma série de medidas preventivas: falarem com os seus parceiros sobre o sexo seguro, comprarem e usarem preservativos, e procurarem teste conjunto para o VIH. Adicionalmente, também Brunswick e Banaszak-Holl (1996) verificaram que à excepção da percepção de eficácia dos comportamentos preventivos nas mulheres, todas

as variáveis do MCS estavam negativamente correlacionadas com o evitamento do risco, o que indica que a percepção de custos/barreiras influencia os comportamentos de risco.

### **Análise Crítica e Conclusão à Abordagem do MCS**

Tal como foi possível constatar, há na literatura alguma inconsistência e controvérsia em relação às diferentes componentes do MCS. No decorrer de um vasto estudo de revisão acerca do MCS, Janz e Becker (1984) referem que o modelo possui suporte empírico. No entanto, ressaltam o facto das barreiras constituírem a mais poderosa dimensão do MCS numa variedade de estudos e comportamentos, considerando a seguinte percentagem de significância: barreiras (89%), susceptibilidade (81%), benefícios (78%) e severidade (65%). No âmbito da prevenção do SIDA, este modelo tem sido utilizado sobretudo ao nível da predição de comportamentos de risco, mas pouco aplicado no desenvolvimento de intervenções (Rosenstock et al., 1994; cit. por Costa, 2007).

De acordo com Carmel (1991), mesmo ao nível da predição dos comportamentos, o poder preditivo do MCS varia de acordo com diferentes tipos de população, pelo que é difícil generalizar os seus resultados. Neste seguimento, há autores que argumentam ainda que este é um modelo muito racionalista, e deve-se considerar que os indivíduos nem sempre são racionais, principalmente em questões relacionadas com a sexualidade (Ondutolu, 2005). Neste seguimento, Gage (1998) questiona se a decisão sexual de uma mulher num país em desenvolvimento é sempre resultado de uma decisão racional e da sua própria motivação. De acordo com este autor, esta decisão pode ter por base uma motivação pessoal sim, mas relacionada com questões de necessidade e afecto, o que negligencia as questões racionais padronizadas pelo MCS, tais como, a avaliação das consequências do sexo desprotegido.

Em matéria de sexualidade, vários autores criticam ainda o facto do MCS não considerar um aspecto importantíssimo neste âmbito: as normas sociais. O contexto social onde o comportamento ocorre tem uma influência muito significativa, logo, não deve nunca ser ignorado, sobretudo no âmbito da compreensão dos comportamentos sexuais (Carmel, 1991; Gage, 1998). Esta questão é particularmente verdadeira em contextos como o africano, onde as normas sociais têm um peso enorme na conduta pessoal (Moore e Williamson, 2003; Sifunda et al., 2007). Em termos de comportamentos sexuais, o peso das normas sociais faz-se sentir sobretudo na mulher

(Kocken, Dorst & Schaalma, 2005). Se o MCS não abarca a compreensão destas questões, estará à partida desadequado neste tipo de realidade e terá pouco poder para explicar e compreender as condutas sexuais em contextos onde as normas sociais têm um valor elevado. O comportamento sexual seguro não pode ser reduzido ao mesmo estatuto que outros comportamentos de saúde, pois implica efectuar mudanças que possuem impacto num aspecto importante das relações das pessoas com os outros (Terry, Gallais & McCamish, 1994; cit. por Costa, 2007).

Ainda no âmbito das limitações do modelo, observam-se várias falhas ao nível da explicação e operacionalização das crenças. De acordo com Fisher e Fisher (2000), a relação empírica entre as crenças e o comportamento não está devidamente explicada. Além disso, consideram que não está provado o facto de que as crenças, por si só, sejam suficientes para promover a acção. Fisher e Fisher (1992) são ainda da opinião de que, para se modificar as crenças, são necessários mais construtos do que aqueles que o modelo apresenta, logo, estará incompleto.

Apesar das limitações observadas na literatura acerca do MCS, vários outros estudos apontam para o facto de que é possível aplicar as suas componentes na direcção da prevenção do VIH/SIDA. Por exemplo, Hingson, Strunin, Berlin e colaboradores (1990) referem que o MCS proporciona um conjunto útil de crenças sobre a SIDA que visam o aumento da utilização do preservativo em adolescentes. Assim, os autores são da opinião de que os educadores devem tentar modificar as crenças através da educação sobre a susceptibilidade pessoal ao vírus, o aumento da eficácia percebida dos preservativos, ensinando qual o tipo de preservativo que oferece maior protecção, e da abordagem aos aspectos relacionados com a timidez de adquirir preservativos. Também a investigação desenvolvida por Steers e colaboradores (1996) sugere que, entre os jovens, as componentes percepção de susceptibilidade, auto-eficácia e percepção de suporte social associam-se positivamente a comportamentos sexuais mais seguros entre jovens de várias etnias. Tal como evidenciam os resultados da investigação desenvolvida por Neef e Crawford (1998), a percepção de barreiras é um dos entraves à protecção dos jovens, o que sugere que o aumento da percepção de benefícios será uma componente válida para o impulsionamento de comportamentos sexuais mais seguros.

Concluindo, o MCS apresenta vantagens e limitações na sua aplicação. Uma das principais desvantagens do MCS passa por nunca ter explicado e analisado adequadamente a forma como os diferentes construtos se relacionam (Rosenstock et al., 1994). Esta constatação é verdadeira no âmbito da prevenção do VIH/SIDA. Após uma

revisão da literatura acerca do suporte do MCS, Costa (2007) é da opinião de que, no que se refere à área da prevenção do SIDA, as relações entre a maioria dos construtos do MCS (susceptibilidade, severidade, benefícios) e a prevenção têm sido inconsistentes. No entanto, as relações entre os construtos de barreiras e auto-eficácia, e a prevenção do VIH têm sido mais consistentes. Independentemente de algumas limitações apontadas, e tal como já foi referido, o modelo apresenta vantagens e, acima de tudo, foi e continua a ser útil na predição de alguns comportamentos de risco. Além disso, e apesar das suas limitações, o MCS foi o ponto de partida para o desenvolvimento de outros modelos como é o caso da Teoria da Acção Racional, e da Teoria do Comportamento Planeado, que abordaremos seguidamente.

### **2.2.3. Teoria da Acção Racional (TAR)**

A Teoria da Acção Racional (TAR), desenvolvida no início dos anos 60 por Ajzen e Fishbein, baseia-se no pressuposto de que os seres humanos são racionais e fazem um uso sistemático da informação de que dispõem. Defende assim que as pessoas consideram as implicações das suas acções num dado contexto e numa dada altura antes de decidirem ou não a adopção de um dado comportamento. Considera ainda que muitas das acções de relevância estão sob controlo volitivo (Ajzen e Fishbein, 1980; UNAIDS, 2001). Neste sentido, a TAR opõe-se à visão de que o comportamento humano social seja controlado por motivos inconscientes ou desejos dominadores, bem como de que ele possa ser caracterizado como não volitivo (Oliveira, Pagliuca & Barroso, 2007).

Conceptualmente, a TAR é semelhante ao MCS, mas acrescenta a intenção como uma determinante importante do comportamento (Odutolu, 2005; UNAIDS, 2001). De acordo com Ajzen e Fishbein (1980), a TAR tenta predizer e compreender o comportamento das pessoas, partindo do princípio de que a maioria das acções com relevância social encontram-se sob o controlo volitivo do sujeito, considerado um modelo dos determinantes psicológicos do comportamento social volitivo. Desta forma, teoriza que a intenção da pessoa para realizar ou não um determinado comportamento é um determinante imediato da acção (a intenção prediz o comportamento). Assim sendo, para compreender o comportamento é necessário identificar os determinantes das intenções. A intenção do indivíduo é resultado de duas determinantes básicas: (1) atitude (em relação ao comportamento), e (2) normas subjectivas (e.g. influência social). As crenças assumem um papel central na teoria e, geralmente, incidem sobre aquilo que

o indivíduo acredita que as outras pessoas (sobretudo aquelas que lhe são significativas) esperam que ele faça (UNAIDS, 2001).

A TAR tem sido muito importante na compreensão e promoção da mudança comportamental em saúde, nomeadamente, ao nível da redução do comportamento de risco face ao SIDA, tendo vindo a ser muito aplicada neste domínio (Terry, Gallois, & McCamish, 1993). Aplicando a TAR ao comportamento seguro face ao VIH, pode-se considerar que a intenção de realizar um acto preventivo é função dos dois componentes básicos que já referimos; um de natureza pessoal e outro que reflecte a influência social no indivíduo (Fishbein & Ajzen, 1980). O primeiro, a atitude do indivíduo em relação à realização do acto preventivo, pode passar pelo uso do preservativo. Este consiste sobretudo na avaliação positiva ou negativa que o próprio faz desse comportamento. O segundo, a percepção da pessoa em relação às pressões sociais para realizar ou não o comportamento, passa pelas normas subjectivas para a realização do acto preventivo (normas sociais acerca da utilização do preservativo). Assim, e de acordo com os pressupostos da TAR, um indivíduo terá a intenção de realizar determinado comportamento quando o avaliar de forma positiva e acreditar que os outros que lhe são significativos consideram que o deve fazer (Fishbein & Ajzen, 1980; UNAIDS, 2001). Caso haja uma discrepância entre atitude e norma subjectiva, terá de se medir e verificar o peso de cada uma destas componentes para predizer e compreender a intenção. A TAR é constituída na sua base pelos seguintes construtos: comportamento, intenção comportamental, atitude relativamente a um acto preventivo, e norma subjectiva em relação ao acto preventivo (Fishbein & Ajzen, 1980).

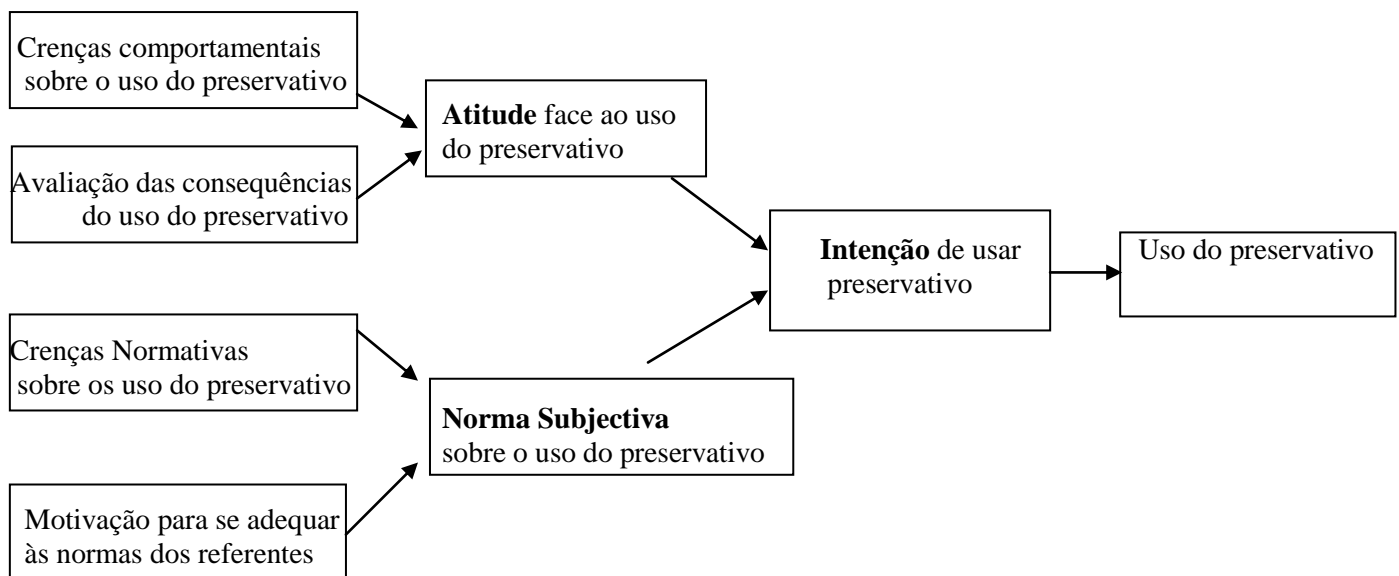
A TAR explica claramente como se processa a mudança comportamental, com base em alguns pressupostos. Primeiramente, a TAR considera importante identificar crenças específicas acerca das consequências do comportamento e das pessoas relevantes para o comportamento (Ajzen & Fishbein, 1980). Os autores consideram importante a utilização da “*elicitation research*” para identificar adequadamente quais são as crenças e referências que são salientes em determinadas circunstâncias (e.g., crenças das mulheres sobre as consequências de usarem sempre preservativo e as categorias de outros significativos que possuem influência nesta decisão) (Fisher & Fisher, 1993). Em segundo lugar, a TAR assume que certas características da personalidade e sociodemográficas (e.g. estatuto social) são variáveis externas ao modelo, e podem influenciar o comportamento apenas de forma indirecta, devido à sua influência na intenção comportamental, na atitude relativamente a um acto preventivo e

na norma subjectiva ou nos seus determinantes. Em terceiro lugar, e numa aplicação específica à questão do comportamento relacionado com a prevenção do VIH, a TAR considera que o comportamento preventivo tem maior probabilidade de ocorrer nos indivíduos que já formaram intenções de o praticar. Adicionalmente, a intenção de praticar o comportamento seguro face ao VIH será formada por alguém que já possui atitudes positivas relativamente ao desempenho pessoal para acções preventivas e/ou percepções de apoio social para a realização destes actos (Ajzen & Fishbein, 1980). Estas componentes e suas relações encontram-se representadas no esquema que se segue adiante.

As intervenções que se baseiam na TAR para a redução do risco para o VIH desenvolvem actividades que se centram em atitudes acerca da redução do risco, respostas às normas sociais e intenções de alterar os comportamentos de risco (UNAIDS, 2001). Fishbein, Middlestadt e Hitchcock (1994) referem que o desenvolvimento de programas de intervenção eficazes devem seleccionar e especificar um comportamento particular apropriado para a mudança, e identificar empiricamente as crenças subjacentes ao comportamento alvo.

Figura 3

*Elementos básicos da Teoria da Acção Racional, aplicada ao uso do preservativo (Bosompra, 2001; traduzido e adaptado para português por Costa, 2007, p. 132)*





Também é necessário determinar se a intenção se encontra sob o controlo das atitudes ou sob o controlo das normas, ou se é influenciada por ambas. Posteriormente, deve-se identificar os resultados (e.g. custos e benefícios de realizar o comportamento e pessoas significativas). Estes são princípios preconizados pela TAR. Há referência de investigações bem sucedidas em matéria de protecção sexual orientadas teoricamente pela TAR. Esta evidência está patente numa meta-análise sobre as investigações acerca da TAR no âmbito da prevenção do VIH, levada a cabo por Albarracin, Johnson, Fishbein e Muellerleile (2001). Os resultados deste estudo revelaram que há consistência entre os princípios da TAR e os comportamentos relacionados com a utilização do preservativo. Ou seja, verificou-se que a utilização do preservativo se encontrava relacionada com as intenções, e que, por sua vez, as intenções eram baseadas nas atitudes e nas normas subjectivas, e as atitudes estavam associadas às crenças comportamentais, e as normas encontravam-se associadas às crenças normativas.

No âmbito das investigações baseadas na TAR, Carnaghi, Cadinu, Castelli, Kiesner e Bragantini (2007) testaram a eficácia de uma intervenção informativa de prevenção do VIH, baseada em alguns princípios da TAR, em comparação com uma intervenção controle. Os resultados demonstram que a primeira foi mais bem sucedida ao nível do aumento das atitudes positivas e normas em relação ao preservativo, no grupo de jovens estudados, do que a intervenção standard. Também Oliveira, Dias e Silva (2005) desenvolveram um estudo exploratório-descritivo com o objectivo de identificar os factores que influenciam a intenção comportamental de adolescentes do sexo masculino para usarem o preservativo, e do sexo feminino para o solicitarem aos seus parceiros do decorrer das relações sexuais. Para tal, desenharam uma investigação assente nos princípios teórico-metodológicos da TAR. Os resultados demonstraram uma correlação significativa entre a intenção comportamental para o uso do preservativo e as componentes atitudinais e normativas da TAR. No entanto, somente a atitude e as normas subjectivas contribuíram significativamente para a explicação da variância da intenção na adopção deste comportamento preventivo. Relativamente à intenção de solicitar o preservativo aos parceiros por parte das mulheres, verificaram-se correlações significativas com as normas subjectivas, as atitudes e as crenças normativas. Destas, apenas as normas subjectivas explicaram a variância da intenção comportamental. Numa visão global, os resultados alcançados por esta investigação vão de encontro àquilo que são os processos descritos pela TAR para a mudança comportamental, sobretudo ao nível da intenção comportamental que, por sua vez, impulsiona a

efectivação do comportamento. É de realçar o facto de se verificar diferenças de género no que se refere às componentes do modelo que sugerem influenciar a intenção e o comportamento, o que obriga a análises mais aprofundadas destas variáveis e do seu poder preditivo face ao comportamento preventivo. Já Munoz-Silva e colaboradores (2007), no decorrer de uma investigação que tentou prever a eficácia da aplicação dos construtos da TAR e da TCP na intenção comportamental para a utilização do preservativo, não encontrou diferenças significativas nas correlações das componentes da TAR entre homens e mulheres.

A TAR também tem demonstrado o seu suporte empírico em investigações para a redução do risco sexual desenvolvidas especificamente com população feminina. Um exemplo disto é o estudo levado a cabo por Sneed e Morisky (1998), com mulheres profissionais do sexo filipinas. Os autores desenharam uma intervenção educacional assente nos construtos da TAR, tendo verificado que as atitudes e as normas se evidenciaram preditores da intenção que, por sua vez, se relacionou com o uso do preservativo no decorrer das relações sexuais vaginais com os clientes. Todas as correlações entre os diferentes componentes da TAR foram significativas ( $p < .001$ ). Koniak-Griffin e Stein (2006) também desenvolveram uma intervenção parcialmente baseada na TAR para a promoção de comportamentos sexuais seguros em jovens mães seropositivas, e testaram a sua eficácia em comparação com uma intervenção de carácter mais genérico (promoção da saúde geral). Embora ambas as intervenções tenham surtido efeitos positivos ao nível das variáveis estudadas, os resultados evidenciaram que a intervenção experimental foi mais bem sucedida ao nível da percepção da auto-eficácia, da percepção de controlo para o uso do preservativo, e das expectativas e normas subjectivas relativamente ao preservativo, no seguimento de três meses. Também Bryan, Aiken e West (1996), testaram a eficácia de uma intervenção breve para a promoção do uso do preservativo, tendo por base a TAR, numa amostra de estudantes universitárias norte-americanas ( $n=198$ ), tendo verificado que esta foi bem sucedida ao nível da mudança comportamental. Foi possível observar-se aumentos ao nível do auto-relato na utilização do preservativo, da percepção de benefícios para o uso do preservativo, das atitudes positivas em relação ao uso do preservativo e a quem os utiliza, e das intenções para o uso do preservativo.

Em contexto africano, mais propriamente no Ghana, Bosompra (2001), analisou a aplicabilidade da TAR no estudo das intenções da utilização do preservativo em estudantes universitários, tendo verificado que os resultados apoiavam a teoria, ao

explicar 33% da variância nas intenções do uso do preservativo. O autor também constatou que as normas subjectivas e as desvantagens percebidas do uso do preservativo eram determinantes significativos da intenção. No Malawi, Bandawe e Foster (1996) encontraram suporte empírico para algumas das componentes da TAR na adoção de comportamentos sexuais seguros. Esta investigação, desenvolvida com jovens estudantes, demonstrou uma forte influência das atitudes e das normas subjectivas para a intenção do uso do preservativo ( $p<.001$ ) e para a manutenção de um único parceiro sexual ( $p<.001$ ). Os resultados desta e outras investigações fornecem suporte à aplicação da TAR para a promoção de comportamentos sexuais seguros em contexto africano. Achados como este reforçam a ideia de que é possível desenhar intervenções baseadas na TAR em realidades distintas daquela onde o modelo se desenvolveu.

Ainda no âmbito da aplicação do modelo a população de origem africana (mas não residente em África), surge-nos o estudo de Jemmott, Jemmott, e Fong (1992), onde compararam a eficácia de uma intervenção dirigida à prevenção do VIH baseada na TAR, com uma intervenção genérica, em população adolescente afro-americana. Observaram que a intervenção baseada na TAR evidenciou ser mais eficaz ao nível dos comportamentos sexuais saudáveis (e.g. uso do preservativo e diminuição das relações heterossexuais anais), na mudança de atitudes relativamente aos comportamentos sexuais de risco, e na diminuição das intenções para se envolverem em comportamentos de risco. A mudança ao nível das intenções manteve-se no seguimento de três meses. Neste seguimento, uma outra investigação dirigida a adolescentes afro-americanos, desenvolvida por Jemmott e Jemmott (1992), com uma amostra de 109 mulheres adolescentes afro-americanas, testou a eficácia de uma intervenção baseada na TAR ao nível do aumento das intenções para o uso do preservativo. Os resultados demonstraram que a intervenção foi bem sucedida, na medida em que as mulheres demonstraram maiores pontuações em variáveis relevantes do modelo, tais como, as intenções para o uso do preservativos, os conhecimentos em relação à SIDA, a auto-eficácia para a utilização do preservativos, as expectativas de resultado relativamente ao uso do preservativo, e a mudança positiva das crenças em relação ao sexo seguro, após a intervenção. Jemmott, Jemmott, Fong, e McCaffree (1999) também testaram a eficácia de uma intervenção de prevenção para o VIH baseada parcialmente nos princípios da TAR, tendo esta evidenciado ser mais eficaz do que a intervenção de controlo. Assim, foi possível verificar que os jovens que receberam a intervenção baseada na TAR

demonstraram possuir crenças comportamentais mais favoráveis relativamente ao preservativo, assim como, melhores níveis de auto-eficácia, e maior intenção para a utilização do preservativo. Estes resultados mantiveram-se no seguimento de seis meses.

### **Análise Crítica e Conclusão à Abordagem do TAR**

A revisão das investigações supracitadas demonstra que as intervenções baseadas na TAR têm evidenciado a sua eficácia junto de várias populações alvo. No entanto, este suporte, por si só, acaba por ser genérico. É necessário que se compreenda o papel das diferentes componentes da TAR enquanto mediadoras das mudanças nas intenções e comportamentos de redução do risco face ao VIH. Assim sendo, é importante referir que há estudos que tentam descrever esta relação. Um deles é o estudo de Jemmott, Jemmott, e Fong (1992) com jovens afro-americanas. Para além de demonstrar a eficácia de uma intervenção baseada na TAR, esta investigação permitiu verificar que o aumento das crenças acerca das consequências do uso do preservativo relativamente ao prazer hedonístico e ao apoio do parceiro encontravam-se significativamente associadas ao aumento da intenção para o uso do preservativo. Também Bryan, Aiken e West (1996) desenvolveram um estudo que, para além de evidenciar a eficácia de uma intervenção para a prevenção do VIH em mulheres universitárias, ilustrou a relação entre os mecanismos activos dessa mesma intervenção, ao estabelecerem uma relação entre os construtos psicológicos, tais como, os benefícios e as atitudes, e a intenção para a utilização do preservativo. As análises de mediação demonstraram que o aumento na intenção de usar preservativos era mediado pelas atitudes relativamente ao uso do preservativo e a quem os utiliza. Ou seja, foi possível verificar que as mudanças ao nível das crenças sobre as consequências da utilização de preservativos se encontravam associadas às mudanças nas atitudes face ao uso do preservativo, e estas, por sua vez, encontravam-se associadas a aumentos significativos no uso efectivo do preservativo. Nesta relação verifica-se uma confirmação das premissas da TAR para a utilização do preservativo. Ainda outra investigação, esta desenvolvida junto de mães jovens, por Koniak-Griffin e Stein (2006), permitiu verificar que as intenções surgiram como mediadas por um maior nível de auto-eficácia, crenças hedonísticas e percepção de normas subjectivas positivas face a sexo seguro. Estas, por sua vez, encontravam-se fortemente associadas a comportamentos sexuais mais seguros. Por outro lado, baixas normas subjectivas encontravam-se associadas a

comportamentos de risco como, por exemplo, múltiplos parceiros. Ou seja, de acordo com a revisão destes estudos, é possível perceber o papel dos construtos da TAR na redução do risco sexual.

Tendo em conta a revisão da literatura da TAR, verifica-se que esta tem recebido um substancial suporte empírico e tem-se evidenciado útil na explicação das decisões para o uso de preservativos e para a formação das intenções do uso do preservativo. De acordo com Morrison e colaboradores (2000; cit. por Costa, 2007), e tal como se observou na revisão de diferentes estudos, com diferentes populações, as relações entre atitude, norma, e intenções para usar preservativos têm sido demonstradas em diferentes culturas e em grupos étnicos distintos, o que confere grande validade ao modelo. Assim sendo, pode-se considerar que a TAR é eficaz na predição de comportamentos seguros e tem recebido suporte empírico para tal. No entanto, têm surgido algumas críticas que alegam que a TAR não apresenta, nem explica a questão dos factores contextuais e o peso destes na intenção comportamental (Bosompra, 2001).

Tal como qualquer outro modelo, a TAR tem sido alvo de críticas positivas e negativas, apontada como tendo vantagens e desvantagens. Como desvantagens, há autores que referem que não é claro que todos os factores externos à TAR influenciem o comportamento apenas pelo facto de influenciarem os componentes do modelo. De acordo com Bennett (2002), a TAR refere claramente que as atitudes e normas influenciam as intenções que, por seu lado, influenciam o comportamento, mas não é dada atenção à relação transaccional entre estas variáveis. Neste âmbito, Bryan, Aiken e West (1996) consideram que, no que se refere à prevenção do VIH, há factores com muito peso na mediação das intenções e decisões, que não são considerados como, por exemplo, os sentimentos. Ou seja, trata-se de um modelo muito racional (Bosompra, 2001), o que poderá ser pouco adequado na explicação dos comportamentos sexuais, tal como já se verificou na crítica ao MCS. Por outro lado, a prevenção sexual aborda comportamentos complexos, que não dependem apenas da vontade própria, mas também da do parceiro (Ajzen & Fishbein, 1980), pelo que é necessário contextualizá-los dessa forma e não apenas num plano meramente individual e racional. Isto significa que a TAR não explica como ocorrem os comportamentos sobre os quais o indivíduo tem pouco ou nenhum controlo (Bennett, 2002). De acordo com Fisher e colaboradores (1994), outra das desvantagens da TAR tem a ver com o facto de apenas se focar nos aspectos motivacionais do comportamento humano, e limitar-se a prever o comportamento preventivo para o VIH. Outra das desvantagens mencionada por Fisher

e Fisher (2000) tem a ver com o facto da TAR não considerar de forma explícita até que ponto a prevenção do VIH/SIDA não está totalmente sob o controlo volitivo do indivíduo, nem abordar o facto de o indivíduo possuir falta de percepção de controlo sobre os actos de prevenção do VIH. Em suma, e de acordo com Fisher e colaboradores (1994), as limitações da TAR resumem-se sobretudo a duas características: (1) centrar-se apenas nas componentes que afectam essencialmente a motivação para os comportamentos de prevenção face ao VIH (e.g. intenção de agir, atitudes face aos actos, e normas sociais percebidas), esquecendo-se de factores essenciais como, por exemplo, a informação de prevenção do VIH e as competências de prevenção do VIH, que podem ser cruciais para a prática da prevenção; e (2) defender que factores externos ao modelo, tais como, a informação e as competências comportamentais, devem funcionar através das componentes atitudinais e normativas do modelo para afectar o comportamento indirectamente. Mais concretamente, a suposição de que todos os factores externos à TAR devem funcionar através das componentes do modelo para afectar o comportamento tem sido questionada.

Apesar de lhe serem apontadas algumas limitações, a TAR tem demonstrado suporte empírico e vários pontos fortes. Tal como já foi referido, uma das principais vantagens da TAR relaciona-se com o facto desta ter demonstrado possuir capacidade preditiva mesmo para comportamentos que não se encontram totalmente sob o controlo do indivíduo. Ou seja, tem-se verificado que a TAR consegue explicar grande parte da variância nas intenções do uso do preservativo e tem sido usada de forma consistente no desenvolvimento de intervenções de sucesso (Fisher et al., 1994).

Em suma, a TAR tem demonstrado suporte empírico e eficácia quando aplicada a algumas intervenções no âmbito da prevenção do VIH/SIDA. No entanto, também tem sido alvo de algumas críticas pertinentes. Em parte, isto deve-se ao facto de inicialmente a TAR ter surgido na compreensão de comportamentos simples que se encontram apenas sob o controlo do próprio indivíduo (Ajzen & Fishbein, 1980). Acredita-se que as suas limitações surgiram sobretudo a partir do momento em que passou a ser insuficiente na explicação de comportamentos mais complexos, como os sexuais, que não dependem apenas do controlo volitivo do próprio, dependendo também da cooperação de um parceiro. Apesar disso, será importante referir que a TAR contribuiu para o desenvolvimento de outros modelos muito importantes no contexto da mudança comportamental para o SIDA, como é o caso da Teoria do Comportamento

Planeado e do Modelo de Informação, Motivação e Competências Comportamentais, que abordaremos de seguida.

#### **2.2.4. Teoria do Comportamento Planeado (TCP)**

Tendo em conta as limitações/desvantagens da TAR, em 1985, Ajzen propôs uma extensão desta teoria (Madden, Ellen, & Ajzen, 1992). Este modelo alargado ficou conhecido por Teoria do Comportamento Planeado (TCP) (Ajzen, 1985; cit. por Bennett, 2002). Assim, acrescentou um terceiro factor com o objectivo de medir o controlo comportamental percebido: a estimativa individual acerca da facilidade ou dificuldade em praticar um determinado comportamento (Bennett, 2002). Este factor, designado de percepção do controlo comportamental é um preditor adicional das intenções e do comportamento, passando a explicar uma das limitações da TAR: nem todos os comportamentos estão sob controlo volitivo do indivíduo (Ajzen, 1985; cit. por Madden, Ellen, & Ajzen, 1992), como é o caso do comportamento de prevenção do VIH (e.g. activação sexual, diferenças de poder associadas ao género, etc.). De acordo com este modelo, o factor intenção continua a ocupar um lugar central na mudança comportamental e esta resulta das seguintes crenças: (1) atitudes relativamente aos comportamentos, construídas a partir de avaliações positivas e negativas de um dado comportamento e pelas crenças acerca do resultado desse comportamento; (2) normas subjectivas constituídas pela percepção das normas e pelas pressões sociais no sentido de ter um dado comportamento, tal como pela avaliação da motivação para se submeter a essa pressão; e (3) percepção de controlo comportamental, ou seja, crença de que a pessoa consegue manter um dado comportamento, baseando-se na ponderação dos factores internos de controlo como, por exemplo, informação, competências e aptidões, e dos factores externos, tais como, oportunidades e obstáculos (ambos relacionados com o comportamento passado) (Ogden, 2004). O controlo comportamental em alguns aspectos é semelhante ao conceito de auto-eficácia, mas não pode ser considerado sinónimo, pois, tal como já foi referido, este relaciona-se quer com factores internos, quer com variáveis externas (Bennett, 2002). A TCP relaciona atitude e comportamento, e assume a asserção de que cada um destes factores tem quatro elementos: acção, alvo, contexto e tempo (Ogden, 2004). No contexto da prevenção do VIH, esta premissa pode ser colocada da seguinte maneira: uso do preservativo (acção), para evitar a infecção pelo VIH (alvo), em casa (contexto), cada vez que se inicie uma actividade sexual penetrativa (tempo).

De acordo com Madden, Ellen e Ajzen (1992), a percepção de controlo comportamental é incluída no modelo como uma variável exógena que possui um efeito directo no comportamento e um efeito indirecto através das intenções. O efeito indirecto baseia-se na suposição de que a percepção de controlo possui implicações motivacionais para as intenções comportamentais, isto é, quando alguém acredita que possui pouco controlo sobre a realização de um dado comportamento porque lhe faltam os recursos, então as suas intenções para realizar esse comportamento podem ser baixas, mesmo que as atitudes e as normas face ao comportamento sejam favoráveis. O efeito directo da percepção de controlo comportamental no comportamento reflecte-se no controlo que o indivíduo possui para realizar o comportamento, sendo que as pessoas que acreditam que possuem controlo sobre um comportamento preventivo têm maior probabilidade de serem capazes de realizar esse comportamento. Segundo Ajzen e Madden (1986), quando o comportamento de prevenção do VIH é percebido como estando sob o controlo total do indivíduo, a TCP reverte para a TAR. De acordo com os autores (Ajzen & Madden, 1986), a percepção de controlo pode ser entendida e avaliada como um conjunto de percepções que de que (1) a pessoa pode ou não realizar o comportamento se quiser, (2) realizar o comportamento está ao alcance do próprio, e (3) realizar o comportamento é fácil ou difícil.

Bryan, Fisher e Fisher (2002) estenderam a TCP no contexto do uso do preservativo, onde introduziram uma componente adicional entre a intenção de usar preservativo e o comportamento (uso do preservativo): o comportamento sexual seguro preparatório (actos instrumentais), que inclui as componentes de comprar (ou obter preservativos), ter/trazer (os preservativos à mão/disponíveis), e conversar (sobre o uso do preservativo com o parceiro sexual). Assim, os autores avaliaram a suposição do papel mediador dos comportamentos preparatórios no âmbito conceptual da TCP. Os resultados do estudo efectuado sugeriram que o papel mediador do comportamento preparatório pode ser muito importante. Os efeitos das intenções para se envolverem em comportamentos sexuais seguros parecem funcionar através dos comportamentos sexuais seguros preparatórios para o uso do preservativo. Assim, como o comportamento passado é um forte determinante do comportamento futuro, os autores assumem que o sucesso prévio na compra, porte, e discussão dos preservativos pode influenciar a prática futura do comportamento preparatório. Já em 1999, também Sheeran, Abraham e Orbell, no decorrer de uma meta-análise acerca dos determinantes para o uso do preservativo, concluíram que havia três comportamentos preparatórios

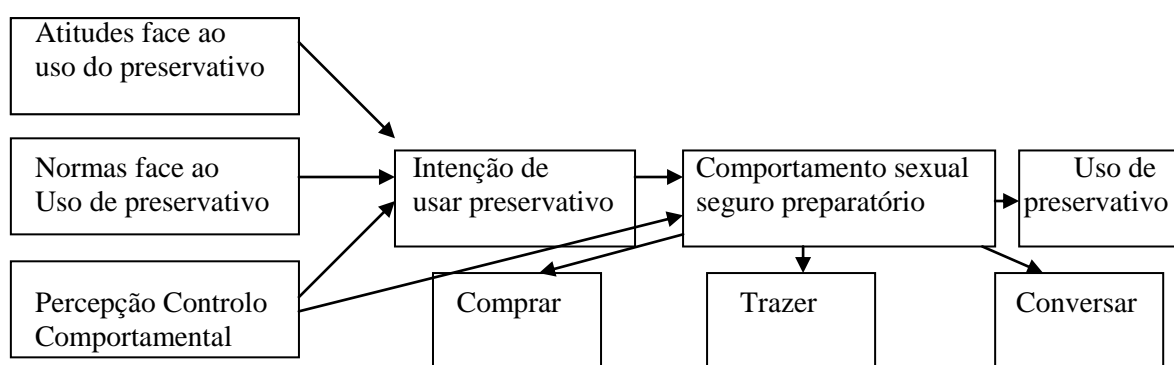


muito importantes que sugeriam influenciar fortemente o uso do preservativo: comprar preservativos, tê-los disponíveis, e discutir o seu uso com o parceiro sexual.

A aplicação da TCP ao uso do preservativo, com as componentes adicionais sugeridas por Bryan, Fisher e Fisher (2002), encontra-se esquematizada na figura que se segue.

Figura 4

*Aplicação da Teoria do Comportamento Planeado ao uso do preservativo (Bryan, Fisher, & Fisher, 2002; traduzido e adaptado para português por Costa, 2007, p. 145).*



Bryan e colaboradores (2002) desenvolveram investigações que conferiram algum suporte para a variável adicional dos comportamentos preparatórios da TCP, introduzida por Bosompra (2001), enquanto mediadora entre as intenções e o comportamento para o uso do preservativo. Assim, num primeiro estudo, acerca dos comportamentos para o uso do preservativo numa amostra de 226 adolescentes, verificou-se que as atitudes e as normas em relação ao uso do preservativo estavam correlacionadas com as intenções para o uso de preservativos. Por outro lado, verificou-se que a percepção de controlo comportamental não contribuiu para a predição das intenções para o uso do preservativo. Já os comportamentos preparatórios estavam relacionados com a utilização do preservativo na avaliação de seguimento. Estes resultados demonstraram que os efeitos das intenções e da percepção de controlo no comportamento são significativamente mediados pela realização dos comportamentos preparatórios. Verificou-se também que as normas e atitudes eram suficientes na predição das intenções. No entanto, quando se tratava do envolvimento nos comportamentos sexuais seguros preparatórios, o controlo percebido demonstrou facilitar a *performance* comportamental. Num segundo estudo da mesma natureza,

desenvolvido com 160 estudantes universitários, confirmou-se mais uma vez a premissa de Bosompra (2001) acerca do papel mediador do comportamento preparatório. Os resultados demonstraram que as variáveis atitudes, normas e percepção de controlo comportamental prediziam as intenções, as intenções prediziam os comportamentos sexuais seguros preparatórios, e os comportamentos preparatórios prediziam o uso do preservativo. Ou seja, os comportamentos preparatórios têm um efeito mediador na utilização do preservativo. Resumindo, estas investigações de Bryan e colaboradores (2002) validaram as premissas da TCP no que se refere ao contributo das atitudes, das normas, e da percepção de controlo comportamental na predição e compreensão dos comportamentos que não se encontram totalmente sob o controlo volitivo, como é o caso do comportamento diádico no uso do preservativo. Verificou-se que os construtos da TCP, juntamente com o comportamento sexual seguro preparatório, explicam uma proporção significativa da variância no uso do preservativo (51% da variância no uso do preservativo para as mulheres e 63% da variância no uso do preservativo para os homens). Os autores (Bryan et al., 2002) deixam bem claro que a prática do comportamento preparatório pode ser variável. Por exemplo, pode ser mais aceitável para a pessoa ter preservativos, do que usá-los (comportamento que pode integrar sentimentos de medo, desconfiança ou conotação de possível doença).

A TCP tem sido utilizada para estudar uma série de comportamentos ligados à saúde (Ogden, 2004) em geral, e aos comportamentos sexuais, em particular (Albarracín et al., 2001; Bryan et al., 2002). As componentes da TCP, com especial relevo para a questão do controlo comportamental, também têm recebido suporte empírico na literatura no que se refere à predição e compreensão de comportamentos preventivos face ao SIDA, como é o caso da utilização do preservativo (Madden, Ellen e Ajzen, 1992; Sheeran et al., 1999).

A associação entre atitudes, normas, percepção de controlo, e intenções têm sido consistentemente correlacionadas com o uso do preservativo (comportamento) numa série de estudos e numa grande variedade de populações (Wulfert & Wan, 1993), o que confere validade ao modelo em matéria de prevenção do VIH. Na verdade, vários estudos na área da promoção da saúde sexual têm sido desenvolvidos à luz da TCP, quer em termos de predição dos comportamentos, quer ao nível do desenvolvimento e avaliação da eficácia de intervenções. Por exemplo, Sheeran e colaboradores (1999) desenvolveram uma meta-análise de 121 estudos com heterossexuais, com o objectivo de identificar a relação entre as variáveis da TCP e o uso do preservativo, tendo

verificado que as variáveis atitude face ao preservativo, intenções comportamentais, e comunicação acerca do preservativo demonstraram ser os melhores preditores para o uso do preservativo.

A literatura coloca em evidência os resultados de alguns estudos que sugerem que a aplicação da TCP é eficaz na predição de comportamentos sexuais seguros entre utilizadores de drogas. Por exemplo, Mausbach, Semple, Strathdee e Patterson (2009) avaliaram a aplicabilidade da TCP numa amostra de 228 utilizadores de drogas, heterossexuais, seronegativos. Os resultados desta investigação levaram os autores a concluir que a TCP é um excelente modelo na predição de comportamentos sexuais seguros em amostras desta natureza, na medida em que se verificou que 48% da discrepância total para as intenções do sexo seguro foi predita pelas variáveis do modelo: menos atitudes negativas face ao sexo seguro, maior percepção de crenças normativas, maior percepção de controlo, menor uso de drogas, menor intenção de praticar sexo desprotegido. Por outro lado, verificou-se uma associação significativa entre as intenções para o sexo seguro e o relato do sexo seguro efectivo (comportamento) ( $p < .05$ ).

Há estudos que nos revelam a eficácia da aplicação da TCP especificamente com a população feminina. Por exemplo, Bryan e colaboradores (1996) desenharam uma investigação, com o desenvolvimento de uma intervenção breve (de uma única sessão) com vista à promoção da utilização do preservativo numa amostra de estudantes universitárias ( $n=198$ ), tendo verificado que esta foi eficaz no objectivo a que se propôs. Observou-se que a intervenção produziu um aumento da auto-eficácia para o uso do preservativo e das percepções de controlo nos encontros sexuais, variáveis estas que, por sua vez, encontravam-se associadas ao aumento das intenções para o uso do preservativo e com o aumento do comportamento seguro – o uso do preservativo. Assim sendo, verifica-se uma confirmação das expectativas postuladas pela TCP. No que se refere à população feminina, a TCP tem encontrado suporte empírico em populações culturalmente diversificadas, nomeadamente, a africana. A título de exemplo, Godin, Bah, Sow, Minami, Morin e Alary (2008) desenvolveram uma investigação em três países africanos (Benim, Guiné e Senegal), com o objectivo de avaliar a intenção para o uso do preservativo num grupo de mulheres profissionais do sexo ( $n=406$ ), no decorrer de relações sexuais com os parceiros fixos. Alguns destes parceiros ( $n=186$ ) também foram alvo da investigação. Para tal, os autores basearam-se no quadro conceptual da TCP. Os resultados deste estudo transnacional em contexto africano, permitiu constatar

que o auto-relato do uso do preservativo encontrou-se significativamente associado às intenções para o uso, quer das próprias mulheres prostitutas, quer dos companheiros, assim como, às percepções de controlo. Por outro lado, variáveis como as normas, o controlo percebido e as atitudes explicaram 82% e 74% das intenções para a utilização do preservativo entre as prostitutas e os seus companheiros, respectivamente. Ou seja, mais uma vez (e desta num contexto sociocultural diferente), a TCP demonstrou a sua validade no que se refere à predição da utilização do preservativo. Em contexto africano, também Molla, Strom e Brehane (2007) desenvolveram um estudo que teve como objectivo avaliar a aplicabilidade da TCP na predição do uso do preservativo em população adulta, maioritariamente feminina (74.1% da amostra). Os resultados demonstraram que a TCP explicou 36% da variância da intenção para o uso do preservativo. Os autores concluem que a TCP forneceu uma descrição muito precisa dos processos subjacentes à intenção do uso do preservativo.

Ainda em contexto africano, são vários os estudos relacionados com a promoção da sexualidade segura, desenvolvidos com base na TCP, em populações mais jovens. Neste seguimento, Giles e colaboradores (2005) desenvolveram um estudo que identificou os preditores para o uso do preservativo em 152 adultos jovens sul-africanos (48% do sexo masculino e 52% do sexo feminino), tendo concluído que a TCP possui um forte poder preditivo a este nível. Os autores verificaram que as variáveis do modelo explicam 67% da discrepância ao nível das intenções do uso do preservativo, sendo as normas subjectivas um dos elementos mais significantes do modelo. Também na África do Sul, Boer e Mashamba (2005) utilizaram os construtos da TCP (atitudes, normas subjectivas e percepção de controlo percebido, intenção) e alguns da Teoria da Motivação para a Protecção (TMP) (vulnerabilidade, gravidade, medo face ao VIH, auto-eficácia e intenção) na predição do uso do preservativo em 201 adolescentes da cidade de Venda, tendo verificado que estes dois modelos são significativos na predição da intenção deste comportamento sexual (uso do preservativo). As análises de regressão demonstraram que as normas subjectivas associaram-se significativamente ao planeamento e intenção do uso do preservativo. Os autores concluem que a combinação destes modelos é bem sucedida na predição das intenções para o uso do preservativo nos jovens africanos, dando especial relevo às influências sociais e às normas subjectivas. Mais tarde, os mesmos autores, Boer e Mashamba (2007), publicaram as diferenças de género relativamente à predição do uso do preservativo, tendo por base os construtos destes dois modelos (TCP e TMP), tendo-se constatado que, entre os homens

( $n=94$ ), as variáveis mais associadas à intenção do uso do preservativo foram as normas subjectivas e as atitudes, e no caso das mulheres ( $n=101$ ) as variáveis mais correlacionadas com a intenção para o uso do preservativo, foram as atitudes e a auto-eficácia. Os resultados destes estudos conferem suporte empírico aos construtos da TCP na predição das intenções, nomeadamente, quando integrados com os factores de outros modelos. No âmbito da integração dos construtos da TCP com elementos de outros modelos, também Boileau, Rashed, Sylla e Zunzunegui (2008) construíram um instrumento de avaliação dos comportamentos sexuais de risco, baseado no quadro conceptual da TCP e da TSC, que aplicaram a jovens do Mali ( $n=342$ ). Aquando da validação deste instrumento psicométrico, os autores constaram que, entre outros factores, o uso do preservativo foi significativamente predito por variáveis da TCP, nomeadamente, atitudes, percepção de controlo comportamental e normas percebidas.

Ainda no âmbito da aplicação da TCP à prevenção do VIH/SIDA e predição dos comportamentos sexuais em contexto africano e com população jovem, também Bryan, Kagee e Broaddus (2006) desenvolveram e testaram um modelo para a intenção do uso do preservativo em jovens sul-africanos ( $n=261$ ), baseado nas premissas da TCP. As avaliações de seguimento de quatro meses demonstraram que as intenções para a utilização do preservativo encontravam-se consistentemente relacionadas com as variáveis da TCP, apoiando a validade deste modelo, junto desta população. Os resultados desta investigação permitiram ainda verificar que factores adicionais como a auto-estima e o optimismo face ao futuro, também se correlacionaram positivamente com os construtos da TCP e com os comportamentos sexuais mais seguros/protegidos. Também Heeren e colaboradores (2007) testaram o poder preditivo da TCP para a utilização do preservativo em estudantes universitários sul-africanos ( $n=251$ ), tendo verificado que a utilização do preservativo e as intenções para o seu uso foram significativamente preditas pelas atitudes positivas face ao preservativo, as normas subjectivas e a auto-eficácia. Os autores concluem assim que a TCP fornece um quadro conceptual eficaz para a intervenção em termos de prevenção do VIH/SIDA em contexto africano. Ainda no âmbito da aplicação da TCP à prevenção do VIH junto de jovens africanos, Jemmott, Heeren, NgWane, Hewitt, Jemmott, Shell e O'Leary (2007) desenvolveram uma investigação com 390 adolescentes sul-africanos (média de idade 12 anos), de acordo com o quadro conceptual da TCP na predição da intenção para a utilização do preservativo. Os resultados desta investigação apoiaram, mais uma vez, a aplicação dos construtos da TCP, na medida em que revelaram que as atitudes e a

percepção de controlo comportamental se encontravam significativamente relacionadas com a intenção para o uso do preservativo. As crenças hedonísticas e acerca do controlo ao nível da negociação do preservativo revelaram-se fortes preditores das intenções para o uso do preservativo. Já as crenças normativas não se evidenciaram como fortes preditores junto desta população de jovens sul-africanos.

Em África, a TCP também tem vindo a ser aplicada a uma série de comportamentos relacionados com a prevenção do SIDA, que não apenas a utilização do preservativo, mas outros como, por exemplo, a motivação para a aquisição de conhecimentos face ao SIDA, ou para a testagem face ao VIH. Hadera, Boer e Kuiper (2007) aplicaram os princípios da TCP para prever a motivação de jovens da Etiópia na aprendizagem de conteúdos acerca do SIDA, o que caminha em prol dos esforços de prevenção, dado saber-se que o nível de conhecimentos acerca da doença é uma das variáveis psicossociais de influência sobre os comportamentos sexuais de risco (Ferreira, 2008; Singh, 2003; Silveira, Béria, Horta, & Tomasi, 2002; Snelling et al., 2007; Vieira et al., 2003). Assim, os autores (Hadera, Boer & Kuiper, 2007) consideraram ser essencial os jovens encontrarem-se motivados para adquirir conhecimentos acerca do SIDA, acreditando que é uma das estratégias para reverter o cenário africano e estimular os jovens a prevenirem-se. Tendo por base o quadro conceptual da TCP, os autores verificaram que a motivação dos jovens para se envolverem na aprendizagem de conteúdos relacionados com o VIH/SIDA (sexualidade e utilização do preservativo) estava significativamente associada às normas sociais, e não tanto à auto-eficácia, como tinham colocado como hipótese previamente. Os autores concluem que as normas sociais exercem uma forte influência nos comportamentos preventivos face ao VIH, nomeadamente, a envolvimento em actividades de discussão acerca da sexualidade e debate das questões preventivas. Kakoko, Astrom, Lugoe e Lie (2006) também aplicaram a TCP à predição da testagem para o VIH numa população de professores tanzanianos ( $n=737$ ), tendo verificado que a percepção de controlo comportamental e as atitudes em relação aos serviços de Testagem e Aconselhamento Voluntários foram preditores significativos da testagem para o VIH nesta amostra de professores que nunca haviam procedido a este tipo de testagem. O controlo comportamental adicionou 12% da variância nas intenções, para além das atitudes e normas subjectivas. Os resultados destes dois estudos sugerem que a TCP é bem sucedida na predição duma série de comportamentos preventivos face ao VIH, para além dos directamente relacionados com os comportamentos sexuais (uso do preservativo, abstinência ou número de

parceiros), em contexto africano. A exploração destas variáveis pertinentes à prevenção do VIH é fulcral num contexto onde a epidemia o VIH/SIDA se encontra muito presente.

A TCP é uma extensão da TAR e a revisão da literatura tem conferido suporte empírico a ambas no âmbito da sua aplicação aos comportamentos preventivos face ao SIDA, sobretudo, ao uso do preservativo (Sheeran et al., 1999). No entanto, vários estudos têm tentado compará-las, como forma de verificar até que ponto a TCP acrescentou factores efectivamente válidos aos já existentes na TAR. No caso do estudo desenvolvido por Madden, Ellen e Ajzen (1992) constatou-se que a inclusão da percepção de controlo comportamental melhorou a predição da intenção comportamental e do comportamento efectivo ao nível dos comportamentos de saúde. Este estudo comparou a TAR e a TCP ao nível de uma série de comportamentos, tais como, praticar exercício, dormir adequadamente, evitar a cafeína, etc. Verificou-se que os efeitos da percepção de controlo num dado comportamento alvo são mais marcantes quando o comportamento apresenta algum problema em relação ao controlo, ou seja, quando os comportamentos são percebidos como de baixo controlo, a influência da percepção de controlo no comportamento é significativa e não mediada pelas intenções. Assim, verifica-se uma pertinência prática da inclusão dos factores que deram origem à TCP, mais concretamente, a percepção de controlo. Neste seguimento, também Muñoz-Silva e colaboradores (2007) compararam o poder da TAR e da TCP na predição do uso do preservativo numa amostra de 601 estudantes portugueses e espanhóis, tendo concluído que a TCP era mais eficaz na predição das intenções para o uso do preservativo, nos estudantes de ambos os sexos, do que a TAR. Adicionalmente, quando efectuada uma comparação entre os géneros, a população do sexo feminino demonstrou médias mais elevadas para a associação de todas as variáveis da TCP do que os estudantes do sexo feminino. Uma investigação desenvolvida por Ajzen e Madden (1986) também conferiu suporte e validade à TCP, ao demonstrar que a adição da variável “percepção de controlo comportamental” às variáveis já existentes na TAR melhorou a predição das intenções comportamentais ( $F(3.165)=46.16$ ,  $p<.01$ ). Os resultados dos estudos supracitados demonstram que a TCP tem encontrado suporte empírico em várias investigações ligadas à prevenção do VIH/SIDA numa variedade de populações e em contextos diversificados. De facto, a suposição de que a percepção de controlo comportamental aumenta o impacto da influência das atitudes e das normas na formação das intenções tem sido consistentemente confirmada na investigação no

âmbito da prevenção do VIH (Albarracín et al., 2001). Albarracín e colaboradores (2001) verificaram que a percepção de controlo comportamental estava associada às intenções de uso do preservativo e ao uso efectivo do preservativo. Ou seja, os resultados foram consistentes com as predições da TCP. Os autores referem assim que a realização do comportamento no passado se associa a uma maior probabilidade de percepção de controlo sobre o comportamento presente e futuro.

### **Análise Crítica e Conclusão à Abordagem do TCP**

Alguns estudos apontam algumas limitações à TCP. Por exemplo, Fisher e colaboradores (1994) referem que adição da medida percepção de controlo comportamental da TCP à TAR não contribui substancialmente para uma maior predição dos comportamentos. Neste seguimento, e contrariamente ao que nos referem outros autores (e.g. Madden, Ellen & Ajzen, 1992; Munoz-Silva et al., 2007), também Chan e Fishbein (1993) são da opinião de que a TAR é mais eficaz na predição dos comportamentos sexuais do que a TCP. No decorrer de uma investigação que aplicou a TAR e a TCP ao uso do preservativo em mulheres, os autores verificaram que as intenções das mulheres para sugerirem o preservativo aos seus parceiros eram significativamente preditas pelas atitudes e normas subjectivas; e que a percepção de controlo não melhorou a predição das intenções. Assim sendo, esta investigação apoiou a aplicação da TAR, e não acrescentou suporte à TCP, dado que a percepção de controlo comportamental não aumentou de modo significativo a predição das intenções comportamentais destas mulheres. Neste âmbito e na opinião de Fisher e Fisher (2000), ambos os modelos possuem uma limitação comum: são de natureza motivacional e, como tal, prestam pouca atenção aos contextos particulares das competências comportamentais, essenciais para a ocorrência e manutenção dos comportamentos preventivos em relação ao VIH. Outra limitação da TAR e TCP prende-se com a questão do contexto relacional. No caso particular dos comportamentos sexuais e do uso do preservativo, Terry e colaboradores (1993) consideram que estas duas teorias de mudança comportamental precisam de ter em consideração o facto de que a utilização do preservativo não é um comportamento meramente volitivo, mas que depende também da vontade do parceiro sexual. Adicionalmente, Schwarzer (1992; cit. por Ogden, 2004) é da opinião de que a TCP omite as questões temporais dos comportamentos e não descreve a ordem das diferentes crenças, assim como, a direcção da sua causalidade.



Apesar das críticas tecidas, e tal como já se referiu, a TCP tem sido utilizada para estudar uma vasta série de comportamentos de saúde (Ogden, 2004). No contexto dos comportamentos sexuais, a TCP tem apoiado uma série de investigações que iluminam a prática no sentido da prevenção do VIH (e.g. uso do preservativo, aquisição de conhecimentos acerca da doença, testagem voluntária, etc.), e as suas componentes têm sido consistentemente validadas em vários estudos (e.g. Albarracín et. al, 2001; Muñoz-Silva et. al, 2007; Sheeran et al., 1999). A investigação tem demonstrado que o aumento das atitudes sexuais seguras, das normas, e da percepção de controlo comportamental apoiam os comportamentos sexuais seguros (Bryan et al, 2002), tal como é postulado pela TCP. Logo, a sua aplicação é válida e tem encontrado suporte empírico. Na abordagem das vantagens da TCP, Sheeran e colaboradores (1999) acrescentam ainda que a percepção de controlo comportamental permite explicar o porquê de alguns indivíduos não actuarem, mesmo possuindo intenções para tal: provavelmente ainda não se envolveram nos comportamentos preparatórios necessários. Adicionalmente e ao contrário do que acontece com outros modelos (e.g. Modelo de Crenças de Saúde e Teoria da Motivação para a Protecção), a TCP inclui um nível de irracionalidade (sob a forma de avaliações) e tenta colocar o problema dos factores sociais e ambientais (sob a forma das crenças normativas), incluindo também um papel para o comportamento passado através da medição da percepção de controlo comportamental (Schwarzer, 1992; cit. por Ogden, 2004).

Concluindo, a TCP, tal como os outros modelos revistos, possui vantagens e limitações. No âmbito da promoção da saúde sexual e prevenção do SIDA, atendendo aos estudos revistos, considera-se que a sua aplicação tem sido uma mais valia na compreensão e predição dos comportamentos de risco para o VIH, em amostras diversas.

#### **2.2.5. Modelo Transteórico (MT)**

O Modelo Transteórico (MT) do comportamento surgiu no início dos anos 80 e foi desenvolvido por Prochaska e DiClemente, tendo resultado da síntese de uma série de terapias que descreviam o processo através do qual se operava a mudança comportamental e a sua manutenção (Ogden, 2004). Originalmente, foi um modelo muito desenvolvido à luz da mudança comportamental em relação a hábitos tabágicos (UNAIDS, 2001). Assim, Prochaska e DiClemente (1982; cit. por Ogden, 2004) analisaram as diferentes abordagens terapêuticas relativamente aos processos comuns e

sugeriram a criação de um novo modelo de mudança comportamental, baseado nas seguintes fases: (1) pré-intenção ou pré-contemplanção, quando o indivíduo não pretende fazer qualquer mudança; (2) intenção ou contemplanção, quando o indivíduo considera uma possibilidade de mudança; (3) preparação, quando o indivíduo realiza pequenas mudanças; (4) acção, quando o indivíduo se empenha activamente num novo comportamento; (5) e manutenção, quando o indivíduo consegue manter a mudança ao longo do tempo. Mais tarde, foi incluída mais uma fase, a recaída (após a fase da manutenção) (UNAIDS, 2001). Desta forma, Redding, Harlow, Rossi e Velicer (1994) referem que a mudança requer movimento através de estádios no tempo, o uso activo de diferentes processos de mudança em diferentes estádios, e a modificação dos pensamentos, afectos e comportamentos. Os estádios de mudança comportamental são uma sequência desenvolvimental de prontidão motivacional ou intenção para modificar os “comportamentos problema” (Prochaska et al., 1994). No entanto, estas fases não ocorrem sempre de um modo linear (movendo-se da primeira até à quinta fase), e a teoria descreve a mudança de comportamento como um processo dinâmico e não como um mecanismo de “tudo ou nada” (Ogden, 2004).

No âmbito do comportamento sexual e da prevenção do SIDA, este modelo tem vindo a ser aplicado no decorrer de algumas investigações. No que se refere ao uso do preservativo, as etapas do modelo poderiam ser descritas da seguinte forma: (1) não considerou o uso do preservativo (pré-contemplanção), (2) reconhece a necessidade de usar o preservativo (contemplanção), (3) começa a pensar em usar o preservativo nos próximos meses (preparação), (4) usa preservativos consistentemente em menos de seis meses (acção), (5) usa preservativos consistentemente durante seis meses ou mais, (6) “tropeça” no uso consistente do preservativo, ou seja, falha no que se refere à sua utilização (recaída). Na sua versão actual, além destes estádios de mudança, o modelo engloba os 10 processos de mudança, os prós e os contras percebidos da mudança, a auto-eficácia e a tentação, perfazendo um total de 15 construtos, retirados de várias teorias de mudança comportamental (Sutton, 2000; cit. por Costa, 2007).

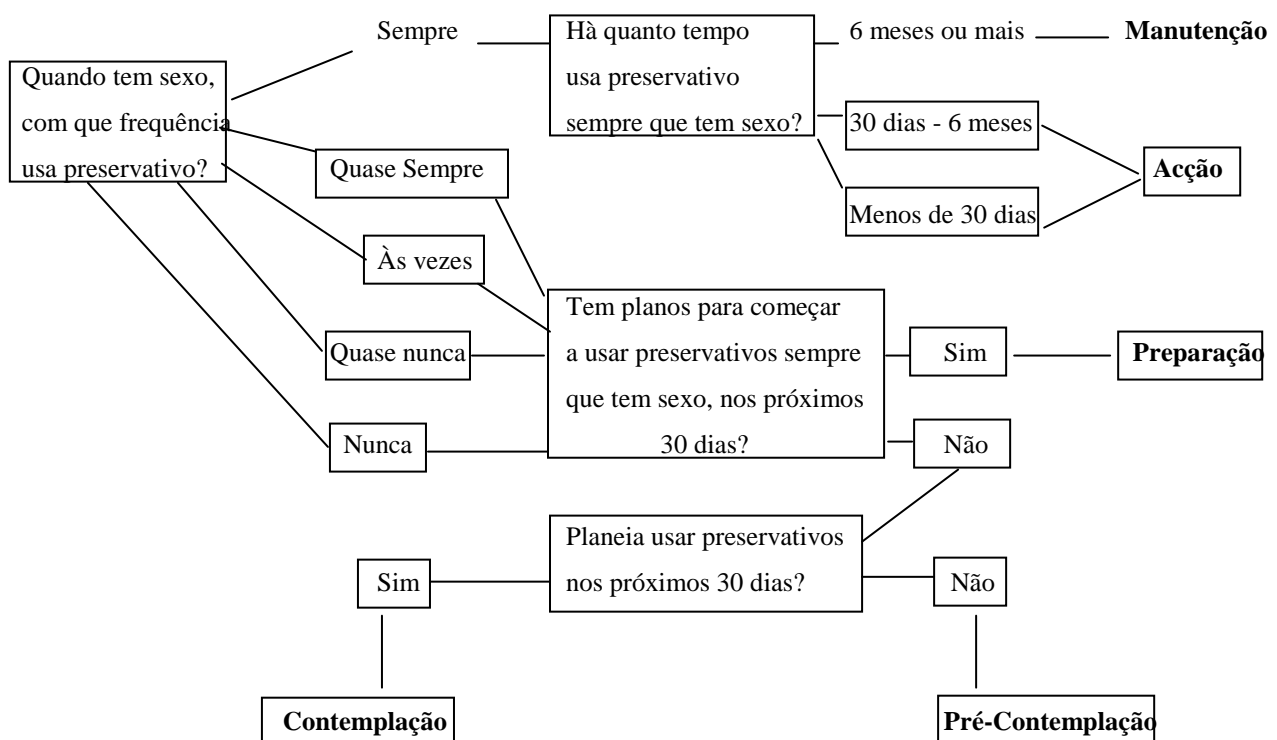
Morrison-Beedy, Carey e Lewis (2002) aplicam o MT, considerando cinco estádios à utilização do preservativo na população feminina, tal como se pode observar no esquema que se segue mais adiante.

Tal como já foi referido e se encontra esquematizado, Prochaska e colaboradores (1994) referem que os indivíduos iniciam a mudança pela pré-contemplanção (sem intenção de mudar), para a contemplanção (intenção de mudar nos próximos 6 meses),

para a preparação (plano de mudança activo), para a acção (realizar mudanças) e para a manutenção (dar passos para sustentar a mudança e resistir à tentação da recaída). Os autores do modelo consideram ainda que esta progressão não é linear, sendo que as pessoas podem ter recaídas e voltar a um estágio de mudança inicial como a pré-contemplação ou a contemplação.

Figura 5

*Aplicação do MT ao uso do preservativo (Morrison-Beedy, Carey, & Lewis, 2002; traduzido e adaptado para português por Costa, 2007, p. 153)*



No decorrer de uma aplicação do modelo aos comportamentos sexuais seguros, Fisher e Fisher (2000) referem que os indivíduos que se encontram na fase de pré-contemplação são aqueles que não praticam, nem têm intenções de praticar relações sexuais protegidas. Os pré-contempladores são pessoas defensivas no que se refere aos seus comportamentos de risco para a saúde e resistentes às pressões externas para a mudança (Prochaska et al., 1994). No que se refere aos comportamentos sexuais, mais propriamente o uso do preservativo, Fisher e Fisher (2000) referem que 35% a 55% das pessoas (desde estudantes universitários a mulheres com elevado risco sexual), encontram-se no estágio de pré-contemplação com os parceiros principais. O estágio de contemplação refere-se a uma fase em que os indivíduos começam a pensar de forma

séria em modificar o seu comportamento particular no decorrer dos próximos seis meses. Quer isto dizer que a pessoa tem intenção de concretizar a mudança e, portanto, está receptiva a receber *feedback* e informação sobre o problema e o processo de mudança. Nesta fase, encontram-se 5% a 30% das pessoas (Prochaska et al., 1994). Quando aplicado o MT aos comportamentos de prevenção do VIH, os contempladores são aquelas pessoas que sabem o que é o risco e quais os comportamentos de risco e começam a ponderar a hipótese de praticar comportamentos sexuais seguros no futuro (Grimley, Prochaska, & Prochaska, 1997). No estágio de preparação, os indivíduos (5% a 30%) estão preparados para a acção e planeiam iniciá-la no decorrer do próximo mês. Nesta fase, as pessoas já concretizaram alguns passos a caminho da acção como, por exemplo, a redução da frequência do comportamento problemático, ou experimentação de um novo comportamento saudável (e.g. podem estar a tentar reduzir a frequência de sexo desprotegido), mas ainda não preenchem o critério para a mudança (uso consistente do preservativo, isto é, durante todos os encontros sexuais) (Prochaska et al., 1994). Prochaska e colaboradores (1994) teorizam que, no decorrer do estágio de acção, as pessoas (5 a 30%) já efectuaram mudanças eficazes no comportamento considerado problema. Assim, reduzem significativamente o risco durante os últimos seis meses. No que se refere a esta etapa da mudança, os autores do modelo referem que, para se considerarem neste estágio, é necessário que os indivíduos mantenham o novo comportamento há algum tempo. Por exemplo, no caso dos comportamentos de redução do risco face ao SIDA, os critérios de acção incluem: (1) usar preservativos durante os últimos seis ou dez encontros sexuais, (2) ou ter uma relação monogâmica de um ano ou mais após obter dois testes negativos de anticorpos face ao VIH, (3) ou abster-se de relações sexuais anais desprotegidas, (4) ou abster-se de relações vaginais e anais, e de partilha de seringas com parceiros desconhecidos. O último estágio, o da manutenção, atinge-se após seis meses de mudança comportamental contínua e bem sucedida, com o uso continuado do processo e da prevenção da recaída. De acordo com os autores, só 20% das pessoas o atingem. No que se refere à redução do risco face ao SIDA, a manutenção pode ser vista como a manutenção do uso do preservativo, a abstinência, a monogamia, e a abstenção de partilha de seringas, por mais de seis meses. A finalização do processo de mudança comportamental dá-se quando, após um período prolongado, não se verificam recaídas e as pessoas possuem níveis de auto-eficácia elevados, que lhes permitem ser capazes de manter o comportamento saudável (Prochaska et al., 1994).

No âmbito da redução do risco para o VIH, Prochaska e colaboradores (1994), consideram que, para além dos estádios já apresentados, há uma série de variáveis que interagem e se conjugam em dez processos de mudança, que são o despertar da consciência, o alívio dramático, a reavaliação ambiental, a auto-reavaliação, a auto-libertação, as relações de ajuda, a libertação social, o contra-condicionamento, a gestão de reforço, e o controlo de estímulos. Resumidamente, e de acordo com Prochaska e colaboradores (1994), estes processos de mudança agrupam-se em duas categorias: os processos experimentais e os comportamentais. Os processos experimentais (e.g. despertar da consciência, alívio dramático, auto-reavaliação), normalmente, são sentidos pelos sujeitos que se encontram nos estádios de contemplação e preparação. Os processos comportamentais (e.g. gestão do reforço, contra-condicionamento, relações de ajuda, libertação social) são frequentemente usados por pessoas que estão nos estádios de acção e manutenção. Neste âmbito, são consideradas outras variáveis muito importantes: o equilíbrio de decisão (avaliação dos prós e contras da mudança comportamental) e a auto-eficácia (confiança na própria capacidade para mudar e resistir às tentações para se envolver no comportamento problema) (Prochaska et al., 1994). A identificação destes processos em cada estágio são essenciais para o desenvolvimento de intervenções adaptadas à fase de mudança em que o indivíduo se encontra. À luz destes processos, Prochaska e colaboradores (1994) desenvolveram uma aplicação dos mesmos aos comportamentos sexuais de risco, como se exemplifica no quadro que se segue.

## Quadro 2

*Definições e Exemplos dos Processos de Mudança para o Sexo Seguro segundo o MT (Prochaska et al., 1994; traduzido e adaptado para português por Costa, 2007, p.156)*

<b>Processo</b>	<b>Intervenções/Definição</b>	<b>Exemplo</b>
1. Despertar da consciência	Aumentar o nível de consciência e processar a informação de modo real	Procurar informação relacionada com a redução do risco face à SIDA
2. Alívio dramático	Experimentar e expressar sentimentos	Ficar perturbada/o com artigos sobre os riscos do sexo desprotegido
3. Reavaliação Ambiental	Re-experienciar afectivo e cognitivo do próprio ambiente e problemas	Pensar que o mundo seria melhor se mais pessoas praticassem sexo seguro
4. Auto-reavaliação	Re-experienciar afectivo e cognitivo do <i>self</i> e problemas	Sentir que ser uma pessoa responsável implica praticar sexo seguro

5. Auto-libertação	Acreditar na própria capacidade para mudar e compromisso para actuar	Fazer um compromisso para evitar situações sexuais de risco
6. Relações de ajuda	Uma relação que envolve abertura, atenção, confiança, sinceridade e empatia	Ter alguém que escute quando precisa de falar sobre o comportamento sexual e SIDA
7. Libertação social	Notar as mudanças sociais que apoiam as mudanças pessoais	Notar que a sociedade se modifica sendo mais fácil praticar sexo seguro
8. Contra-condicionamento	Substituir comportamentos e experiências problema por outros mais positivos	Em vez de sexo de risco, envolver-se noutras actividades sexuais seguras
9. Gestão do reforço	Reforçar mais os comportamentos positivos e punir os negativos	Esperar ser elogiado/a pelos outros se praticar sexo seguro
10. Controlo dos estímulos	Reestruturar o ambiente ou experiência para que o estímulo problema tenha menor probabilidade de ocorrer	Ter preservativos consigo para se recordar de praticar sexo seguro

A revisão da literatura sugere que determinados processos de mudança são usados de forma específica em determinados estádios de mudança, ou seja, interação entre si (Grimley, Prochaska, & Prochaska, 1997). De acordo com Grimley, Prochaska e Prochaska (1997), ao contrário do que acontece relativamente a outros comportamentos de saúde, no caso do uso do preservativo, os processos comportamentais continuam a aumentar mesmo no estágio de manutenção. Isto significa que embora as pessoas possam sentir-se mais confiantes acerca do uso do preservativo no estágio de manutenção, elas continuam a ter que trabalhar nos seus esforços de forma a reforçar o seu compromisso de manterem a mudança comportamental. Os autores são ainda da opinião de que o tipo de relação (com um parceiro fixo ou casual) implica a utilização de diferentes processos de mudança comportamental. Isto quer dizer que a manutenção da utilização do preservativo nas relações primárias, com parceiros estáveis, pode implicar mais esforços cognitivos e emocionais continuados do que aqueles que são necessários com os parceiros secundários ou casuais. A revisão da literatura sugere que é mais fácil manter a utilização do preservativo com parceiros ocasionais do que com os parceiros das relações principais. Esta questão será mais aprofundada de seguida aquando da aplicação do modelo à investigação na área dos comportamentos sexuais e de prevenção do VIH.

No que se refere à aplicação do modelo a investigações e/ou intervenções em saúde, este tem sido aplicado sobretudo à cessação dos hábitos tabágicos (Ogden, 2004), mas não só. No âmbito da redução do risco sexual, a literatura tem apresentado os resultados de estudos pertinentes que realçam a eficácia da aplicabilidade do modelo neste âmbito. Prochaska e colaboradores (1994) são da opinião de que o MT pode ser muito útil na redução do risco de infecção pelo VIH, na medida em que consideram que a aplicabilidade dos estádios de mudança, dos processos de mudança, do equilíbrio de decisão, e da auto-eficácia são úteis para diferenciar aqueles indivíduos que estão a reduzir o risco daqueles que não o estão a fazer. Neste âmbito, estes autores consideram também que é muito importante avaliar o estágio de mudança em que a população alvo da intervenção se encontra, assim como, a sua prontidão para a mudança. Só tendo estes aspectos em linha de conta será possível desenhar intervenções que vão ao encontro das reais necessidades da população alvo.

Há vários estudos que apresentam os resultados da aplicação do MT à redução do risco do VIH em mulheres. Por exemplo, Galavotti, Cabral, Lansky, Grimley, Riley e Prochaska (1995) testaram a aplicabilidade do MT à medição do uso de contraceptivos em mulheres ( $n=296$ ) em risco para a infecção pelo SIDA, tendo usado as escalas de auto-eficácia e de equilíbrio de decisão para o efeito. Verificou-se que se registavam mudanças nestas variáveis de acordo com os estádios onde estas mulheres se encontravam. Por exemplo, a auto-eficácia aumentou através dos estádios, da pré-contemplação à manutenção, e houve uma mudança no equilíbrio de decisão (aumento da percepção dos prós no uso do preservativo com o parceiro principal e no uso geral de contraceptivos). Estes dados vão de encontro aos resultados do estudo de revisão de Grimley Prochaska e Prochaska (1997), onde verificaram que as mulheres tendem a ter baixos níveis de confiança no uso de preservativos em situações em que sentem que o parceiro pode não gostar ou onde sentem existir um potencial conflito. Constataram também que há mais elevados níveis de auto-eficácia na utilização de preservativos com os parceiros casuais do que com os parceiros principais.

Há referência a intervenções que se baseiam nos estádios de mudança em que a pessoa se encontra, de forma a conseguirem ser mais realistas e adaptadas. Por exemplo, Cabral, Galavotti, Gargiullo, Armstrong, Cohen, Gielen e Watkinson (1996) desenvolveram uma intervenção educativa sobre VIH/SIDA e saúde reprodutiva, com mulheres em risco sexual ( $n=323$ ), maioritariamente afro-americanas (75%), com base apenas no actual estágio de mudança da pessoa, proporcionando aconselhamento para a

mudança de estágio. Esta intervenção teve como objectivo avaliar e impulsionar a prontidão para a mudança no sentido da utilização do preservativo, através de pares, tendo sido eficaz naquilo a que se propôs. Os resultados demonstram que esta intervenção de aconselhamento adaptada ao estágio de mudança de cada mulher, impulsionou a sua viragem para o estágio posterior no que se refere à mudança comportamental para o uso do preservativo e para a utilização de métodos contraceptivos.

Ainda no âmbito da aplicação do MT aos comportamentos sexuais de risco na população feminina, Riley, Lewis, Lewis e Fava (2008) desenvolveram uma investigação qualitativa com 42 mulheres seropositivas, que teve como objectivo avaliar o nível de envolvimento destas mulheres com comportamentos de saúde (responsabilidade para a saúde, onde se inclui a utilização do preservativo nas relações sexuais; actividade física; nutrição; relações interpessoais; etc.). A aplicação do MT permitiu verificar que 7% das mulheres se encontravam no estágio de pré-contemplação, 7% encontravam-se no estágio de contemplação, 19% no de preparação, 36% no de acção, e 31% no estágio de manutenção. No desenvolvimento de uma investigação da mesma natureza, O'Campo, Fogarty, Gielen, Armstrong, Bond, Galavotti, Green e a equipa do Projecto de Demonstração da Prevenção do VIH em mulheres e crianças (*Prevention of HIV in Women and Infants Demonstration Projects*) (1999), avaliaram o nível de prontidão para a mudança ao nível do uso do preservativo e da adesão a métodos contraceptivos em 3784 mulheres, maioritariamente afro-americanas, provenientes de quatro cidades norte-americanas, tendo por base o MT. Estas participantes foram recrutadas em diferentes contextos: comunidade, serviços indiferenciados (não dirigidos especificamente a cuidados relacionados com o VIH/SIDA) e serviços direccionados para população seropositiva. A aplicação do MT permitiu verificar que as participantes encontravam-se em diferentes níveis/estádios em termos de motivação para a mudança quanto ao uso do preservativo e métodos contraceptivos. No que se refere ao uso consistente do preservativo com os parceiros, no decorrer dos seis meses prévios (estádio de manutenção), verificou-se que este era um comportamento praticado por 45% das mulheres do grupo de recrutamento dos serviços direccionados para o VIH, 12% das mulheres recrutadas na comunidade e 11% das mulheres recrutadas em serviços gerais. Já com os parceiros ocasionais, 31% das mulheres do grupo de recrutamento na comunidade e das mulheres recrutadas em serviços gerais, e 30% das mulheres do grupo de recrutamento dos serviços



direccionados para o VIH encontravam-se no estágio de manutenção para o uso do preservativo. Os resultados destas duas investigações demonstram que o MT é eficaz na compreensão da fase de prontidão para a mudança em que as pessoas se encontram. Só dispondo desta informação é possível conduzir intervenções adaptadas ao nível das necessidades da população alvo, mediante o estágio em que se encontra. Adicionalmente, os resultados do estudo de O'Campo e colaboradores (1999) permitiram ainda confirmar o facto de que, em geral, as mulheres sentem-se mais impulsionadas a utilizar o preservativo de forma consistente (estádio de manutenção) com parceiros ocasionais do que com os parceiros principais.

Naar-King, Rongkavilit, Wang, Wright, Chuenyam, Lam e Phanuphak (2008) avaliaram a aplicação do MT à redução do risco sexual em 70 jovens (idades compreendidas entre 17 e os 25 anos) tailandeses, VIH positivos, de ambos os sexos. Esta investigação avaliou o comportamento sexual actual, a disponibilidade/prontidão para a mudança, os níveis de auto-eficácia para os comportamentos seguros, o *distress* emocional, e o suporte social. Os autores consideram que o quadro conceptual do MT se evidenciou muito consistente com os resultados encontrados. Os resultados demonstraram que a prontidão para a mudança encontrava-se relacionada com duas variáveis principais: actos sexuais desprotegidos e auto-eficácia. De facto, a literatura tem reforçado o facto da auto-eficácia ser um construto valioso na mudança comportamental para a redução do risco sexual. Esta premissa também é incluída no MT. Para além de a considerar um construto muito importante, o MT operacionaliza a auto-eficácia de duas maneiras: (1) confiança na própria capacidade de modificar um comportamento problema e (2) confiança na capacidade de resistir à tentação para se envolver no comportamento problema (aumentando da pré-contemplação para a manutenção) (Prochaska et al., 1994). De acordo com Prochaska e colaboradores (1994), no contexto da redução do risco sexual, a auto-eficácia para o uso do preservativo aumenta através dos estádios de pré-contemplação, contemplação, acção e manutenção. Na verdade, a auto-eficácia e a tentação interagem através dos estádios de mudança. Por exemplo, à medida que os indivíduos se movem para o estágio de acção, os níveis de auto-eficácia aumentam drasticamente e os níveis de tentação diminuem gradualmente. No estágio de manutenção, a auto-eficácia aumenta e a tentação continua a diminuir, e no estágio de finalização a tentação é praticamente ausente e a auto-eficácia permanece elevada.

### **Análise Crítica e Conclusão à Abordagem ao MT**

No âmbito dos comportamentos sexuais, o MT tem vindo a ser aplicado frequentemente na compreensão e análise de uma série de variáveis pertinentes, tendo-se evidenciado eficaz e com suporte empírico. Para além de orientar para a mudança, as intervenções/investigações baseadas no MT parecem orientar as investigações em termos de factores associados à mudança, tais como, género, idade, e tipologia das relações (parceiros causais ou fixos). No que se refere ao tipo de parceiros, o estudo de Morrison-Beedy e colaboradores (2002), baseado no MT, permitiu verificar que, entre um grupo de mulheres, a prontidão para a utilização do preservativo encontra-se mais estimulada com os parceiros causais do que com os fixos. Já as investigações de Bowen e Trotter II (1995) e Hacker e colaboradores (2005), que passaram pela aplicação do MT na identificação dos factores associados aos comportamentos de risco e constrangimentos face à mudança, constataram que os mais jovens são mais receptivos à mudança e permeáveis às intervenções (e.g. iniciação da utilização do preservativo).

A aplicação do MT tem permitido ainda identificar as variáveis que influenciam a permanência, os retrocessos ou os progressos feitos pelos indivíduos no que se refere aos comportamentos sexuais seguros. Neste âmbito, Grossman, Hadley, Brown, Houck, Peters, Tolou-Shams e Grupo de Estudo do Projecto SHIELD (2008), ao aplicarem as fases do MT ao comportamento sexual para o uso do preservativo em jovens adolescentes, e ao avaliarem as variáveis associadas a cada um desses estádios, conseguiram perceber que variáveis como percepção de benefícios na utilização do preservativo, maior comunicação entre os parceiros e percepção de vulnerabilidade são factores fortemente associados à progressão dos comportamentos em direcção à utilização consistente do preservativo, ao longo dos diferentes estádios do MT. O mesmo se aplicou no sentido oposto: as variáveis mais associadas a um retrocesso na utilização do preservativo, ou seja, à recaída, são a percepção de barreiras na utilização do preservativo e baixos níveis de comunicação entre os parceiros. Os resultados desta investigação sugerem que o MT pode ser muito útil na compreensão dos factores que influenciam os indivíduos (neste caso, os jovens) a desenvolver um trajecto comportamental positivo na direcção de comportamentos sexuais mais seguros.

A aplicação do MT à área da prevenção do VIH tem permitido chegar a constatações pertinentes, tal como aconteceu com Morrison-Beedy e colaboradores (2002) ao descobrirem que existem dois modelos de estádios de mudança para o uso do preservativo, dependendo do tipo de parceiro que as mulheres possuem. Os resultados

desta investigação, desenvolvida com uma amostra exclusivamente feminina, permitiram verificar que variáveis como o conhecimento, a prontidão geral para modificar os comportamentos sexuais, e os aspectos positivos da mudança comportamental foram construtos mais importantes no modelo para as mulheres que possuíam “outros parceiros” (múltiplos, casuais, ou novos) do que as que se mantinham apenas com os parceiros principais. Por outro lado, as normas sociais e os aspectos positivos (prós) tinham maior influência para as mulheres com parceiros estáveis. As mulheres que acreditam que estão numa relação mutuamente monogâmica e de compromisso com um homem, podem considerar o uso do preservativo apenas se as normas sociais do seu parceiro sexual e dos membros do grupo apoiarem o uso do preservativo, caso contrário podem pensar que o VIH não constitui uma ameaça para elas. Já a investigação desenvolvida por Bowen e Trotter II (1995), com utilizadores de drogas, permitiu constatar que os mais jovens encontram-se no geral mais avançados nos seus estádios de mudança para o sexo seguro do que os participantes mais velhos. Nesta investigação, os autores testaram a validade do MT na predição do uso do preservativo, agrupando os participantes em três estádios de mudança: pré-contemplação, contemplação e acção. Os resultados permitiram observar que os participantes mais jovens e com parceiros casuais tinham maior probabilidade de estar nos estádios de acção ou manutenção, do que os participantes mais velhos. Também foi possível constatar que a assertividade é uma variável muito importante com ambos os tipos de parceiros (principais e casuais) e essencial na progressão nos estádios de mudança face ao uso do preservativo. Neste estudo, também se verificou que os processos de mudança e a forma como actuam através dos estádios no âmbito do uso do preservativo (e.g. mudanças na assertividade), é consistente com as mudanças observadas noutros comportamentos de saúde (e.g. Prochaska et al., 1994). Adicionalmente, verificou-se que relativamente ao género, os homens e as mulheres participantes possuíam uma distribuição semelhante dos estádios de mudança. Hacker, Brown, Cabral e Dodds (2005) numa aplicação do MT na mudança comportamental no âmbito da saúde sexual e reprodutiva em mulheres adolescentes ( $n=539$ ), também confirmaram que as mais velhas são menos susceptíveis à mudança comportamental, ou seja, permanecem mais no estágio de contemplação e pré-contemplação, mesmo após sensibilizadas, do que as mulheres mais jovens.

No âmbito das intervenções, o MT tem sido aplicado sobretudo à mudança comportamental relacionada com a adição, especialmente os hábitos tabágicos (Ogden,

2004), mas a sua aplicação a intervenções para outros comportamentos de saúde como a redução do risco para a infecção pelo SIDA, tem-se evidenciado igualmente eficaz (Prochaska et al., 1994). Concluindo, a literatura tem reforçado a ideia de que o MT é um modelo muito válido na mudança comportamental a vários níveis. A sua aplicação à redução do risco da SIDA tem demonstrado ser uma estratégia valiosa, sugerindo que a mudança comportamental envolve movimento e interacção no tempo, através de uma sequência de estádios.

### **2.3. Modelos de Mudança Comportamental Especificamente Criados e Direcctionados para a Diminuição do Risco de Infecção pelo VIH/SIDA**

#### **2.3.1. Modelo de Informação-Motivação-Competências Comportamentais**

O Modelo de Informação-Motivação-Competências Comportamentais (MIMCC) é um dos modelos criados para a redução do risco da SIDA. Este foi desenvolvido por Fisher e Fisher (1992) e resulta de uma integração de componentes do MCS, da TAR e da TSC. Tal como o próprio nome indica, de acordo com este modelo, as principais premissas necessárias à mudança comportamental face ao VIH/SIDA são (1) informação, (2) motivação, e (3) aquisição de competências comportamentais. Ou seja, o MIMCC teoriza que a redução do risco para a transmissão do VIH/SIDA passa por possuir informação sobre a transmissão e prevenção do VIH, estar motivado para reduzir o risco face ao VIH, e adquirir competências comportamentais para realizar actos específicos envolvidos na redução do risco (Fisher & Fisher, 1992). Tal como se pode verificar na figura que se segue mais adiante, o MIMCC especifica uma série de relações entre estes construtos e alguns métodos para aplicar este quadro conceptual ao contexto da prevenção do VIH (Fisher & Fisher, 1993).

Assim, passaremos a descrever resumidamente cada um dos construtos deste modelo. Tal como já se referiu, a componente informativa acerca da transmissão e prevenção do VIH/SIDA é um requisito essencial da mudança comportamental para a redução do risco (Fisher & Fisher, 1992). De acordo com Fisher e Fisher (1993), a informação relativa à redução do risco para a infecção pelo VIH/SIDA deve integrar informação em relação a duas dimensões: (1) conhecimento em relação à transmissão do VIH (e.g. “A relação anal é menos segura do que o sexo oral”) e em relação à prevenção do VIH (e.g., “O uso consistente e correcto do preservativo pode prevenir o

VIH”). A informação pouco relevante do ponto de vista comportamental (e.g., informação sobre as células T) pode e deve ser excluída. É necessário atender ao facto de que, apesar de ser um requisito básico para a redução do risco, a transmissão de informação, por si só, tem-se mostrado insuficiente para operar a mudança comportamental (O’Leary & Wingood, 2000). No âmbito da abordagem à importância da informação, será importante referir que, em matéria de redução do risco para o VIH, esta pode ser fortemente influenciada pelas crenças. Neste sentido, o MIMCC reconhece processos cognitivos que influenciam significativamente a realização de determinados comportamentos. Por exemplo, Misovich, Fisher e Fisher (1996) realizaram uma investigação nesta área com jovens universitários, tendo verificado que estes possuíam crenças de que o simples facto de conhecer o parceiro torna o sexo protegido desnecessário, o que constitui heurísticas da prevenção. Estas crenças são comuns e estão correlacionadas negativa e significativamente com os níveis de prevenção face ao VIH/SIDA e intenções comportamentais, em particular na população feminina. Podemos concluir que a adopção destas heurísticas está negativamente relacionada com as práticas preventivas face ao VIH, pois o melhor conhecimento que se pode ter do parceiro é relativo ao seu estatuto de VIH e não de outras informações subjectivas. De facto, as pessoas utilizam teorias implícitas para avaliarem o risco potencial do parceiro para o VIH, considerando características externas como a roupa, personalidade, entre outras (Misovich, Fisher, & Fisher, 1996). Ou seja, a pessoa pode estar devidamente informada, mas manipula a informação de forma a que esta se torne consistente com as suas crenças e com o que lhe é mais confortável.

A segunda componente do modelo é a motivação e, de acordo com os seus autores (Fisher & Fisher, 1992), é o elemento que impulsiona para agir face ao conhecimento que se possui sobre a transmissão e prevenção do VIH/SIDA. Ou seja, de acordo com o MIMCC, para além de possuírem informação sobre a doença, as pessoas têm que estar motivadas, pois só assim será possível traduzir o conhecimento em acções. Neste âmbito, será importante referir que, tal como acontece com a informação, também a componente da motivação pode ser afectada por alguns factores (Fisher & Fisher, 1992). Assim, há duas dimensões importantes em termos de motivação para a mudança comportamental em relação ao VIH/SIDA: (1) a motivação pessoal para praticar comportamentos preventivos (e.g. atitudes pessoais face aos comportamentos preventivos), e (2) a motivação social para a prevenção (e.g. normas sociais relevantes para a prevenção ou suporte social para a realização dos comportamentos). Estas

componentes motivacionais são contributos da TCP e do MCS (Fisher & Fisher, 1992). Relativamente aos factores que podem influenciar os níveis motivacionais para os comportamentos de redução do risco, Fisher e Fisher (1992) consideram importante atender a alguns elementos do MCS, nomeadamente, as percepções de vulnerabilidade pessoal face à infecção pelo VIH, e os custos e benefícios da mudança.

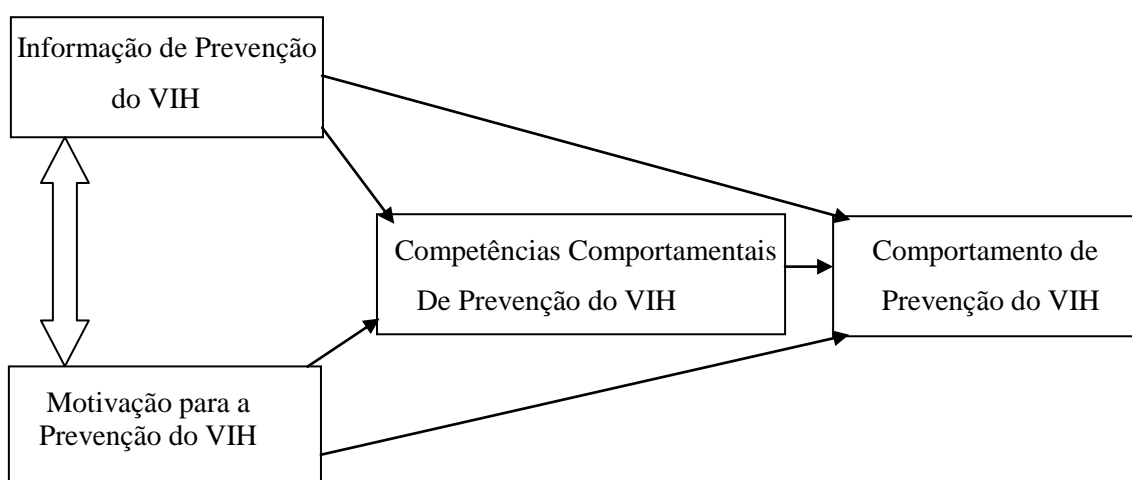
Em relação à componente das competências comportamentais, esta define a medida em que os indivíduos são capazes de praticar o comportamento preventivo com base na informação e no nível de motivação prévios. Assim, competências como a capacidade de comunicar, e de ser assertiva (o) com um potencial parceiro (a) sexual são essenciais para a prática da prevenção da VIH/SIDA. Para que se verifique um eficaz envolvimento das acções de prevenção face ao VIH/SIDA, é necessário que as pessoas aceitem a sua própria sexualidade; possuam as competências capazes para obter informação correcta sobre a prevenção da SIDA; e possuam a capacidade de negociar a prevenção do VIH com o parceiro, de sair de uma situação na qual o sexo seguro não pode ser negociado, de se envolverem em comportamentos públicos de prevenção (compra de preservativos, teste ao VIH), de manterem uma prevenção consistente do VIH, e de se reforçarem a si e ao seu parceiro nas práticas sexuais seguras (Fisher & Fisher, 1992). Além destas competências, é necessário que as pessoas acreditem na capacidade de realizar estes comportamentos, ou seja, é necessário bons níveis de auto-eficácia para comportamentos de redução do risco (Fisher & Fisher, 1993).

Assim, o MIMCC teoriza que a informação e a motivação em relação à prevenção do VIH/SIDA operam através das competências comportamentais que, por sua vez, influenciam a mudança comportamental face ao risco (Fisher & Fisher, 1992, 1993), tal como se pode observar na figura que se segue mais adiante (figura 6). O MIMCC assume que a informação e a motivação activam as competências comportamentais que são usadas para iniciar e manter os padrões do comportamento preventivo. O modelo também especifica que a informação e a motivação face à redução do risco podem ter efeitos directos no comportamento preventivo nas situações em que não são necessárias competências comportamentais novas e complexas (Fisher & Fisher, 1992, 2000; e.g., dar informação sobre os benefícios da prevenção do VIH pelo teste pré-natal de anticorpos a uma grávida que concorda em o realizar). Por sua vez, a motivação também pode ter um efeito directo no comportamento. Isto acontece quando, por exemplo, uma pessoa motivada mantém um padrão de abstinência sexual, que não requer competências comportamentais sofisticadas, opondo-se a ser

sexualmente activa (que requer a negociação do uso do preservativo) (Fisher, Fisher, Williams & Malloy, 1994). Por fim, o MIMCC refere que a informação e a motivação são considerados construtos independentes, ou seja, os indivíduos bem informados não são necessariamente motivados e aqueles que são motivados nem sempre estão bem informados sobre a prevenção (Fisher & Fisher, 1992; Fisher et al., 1994).

Figura 6

*Os determinantes fundamentais da prevenção do VIH/SIDA de acordo com o MIMCC, Fisher & Fisher, 1992; traduzido e adaptado para português por Costa, 2007, p.166)*



Em termos práticos, a aplicação do MIMCC exige a existência de três passos de que são a eliciação, a intervenção e a avaliação (Fisher & Fisher, 1992; 1993). Assim, de acordo com Fisher e Fisher (2002), o primeiro passo para a aplicação do modelo na promoção de comportamentos de redução do risco para o VIH/SIDA envolve a eliciação (*elicitation research*), que deve ser desenvolvida junto de uma sub-amostra de população de interesse para o caso. Esta fase tem como objectivo identificar empiricamente o nível de conhecimento desta população acerca da redução do risco para a infecção pelo SIDA, os factores que determinam a motivação para a redução do risco, e as competências comportamentais que a população possui face à prevenção do VIH/SIDA. O alcance deste objectivo deve ser conseguido através de técnicas de recolha de informação do tipo aberto como sejam os questionários de resposta aberta ou a recorrência a *focus groups*. O segundo passo passa pela criação de intervenções (desenvolvidas com base na informação sobre a população específica) adaptadas à população alvo, com vista a produzir mudanças no conhecimento, motivação e competências comportamentais no âmbito da prevenção do VIH, e, por inerência, no

comportamento preventivo face ao VIH. O terceiro passo passa pela avaliação da investigação, com o objectivo de verificar se a intervenção produziu mudanças a curto e/ou longo prazo nos determinantes do comportamento preventivo do VIH (informação, motivação e competências comportamentais) e no comportamento preventivo.

Desde o seu surgimento, o MIMCC tem vindo a ser aplicado a uma variedade de intervenções para a redução do risco do SIDA e tem evidenciado a sua eficácia e suporte empírico junto de várias populações alvo. Ou seja, a investigação tem apoiado as suposições do modelo relativamente às suas três determinantes do comportamento preventivo face ao SIDA, tal como passaremos a descrever de seguida com a apresentação dos resultados de algumas investigações.

Por exemplo, Weinhardt, Carey e Carey (1997) desenvolveram uma investigação, com uma amostra de homens e mulheres com doença mental, que incluiu a avaliação de uma intervenção baseada no MIMCC. Os resultados acerca da avaliação da intervenção de seis sessões, de uma hora (informação sobre a transmissão e mitos sobre o VIH; com vista a influenciar a percepção de risco; demonstração do uso correcto do preservativo; *role-play* da negociação do uso do preservativo) demonstraram que esta resultou num aumento do conhecimento face ao VIH, maiores competências na negociação do uso do preservativo e na auto-eficácia para o uso do preservativo, e uma ligeira diminuição do comportamento de risco. Perante estes resultados, conclui-se que as componentes do MIMCC, quando aplicados à redução do risco sexual face ao SIDA, são eficazes. Neste âmbito, o quadro conceptual do MIMCC também foi utilizado por Kalichman, Malow, Dévieux, Stein e Piedman (2005) na predição dos comportamentos sexuais de um grupo de sujeitos ( $n=320$ , 150 homens e 170 mulheres) com problemas mentais, em elevado risco para a infecção pelo VIH, provenientes de minorias étnicas. Os autores procederam à criação de um modelo que incluiu factores como o género, os conhecimentos acerca da transmissão do VIH, variáveis motivacionais para o uso do preservativo, as normas, e marcadores de competências (auto-eficácia e uso do preservativo). Os resultados demonstraram que o domínio de competências comportamentais para o uso do preservativo foi predito por factores como: sexo feminino, atitudes positivas face ao preservativo, e conhecimentos acerca da transmissão do VIH e outras ISTs. Incorrer em menores comportamentos de risco foi predito por normas positivas em relação ao preservativo, susceptibilidade percebida e auto-eficácia. Estes resultados sugerem que a utilização do quadro conceptual do MIMCC é viável na predição de comportamentos sexuais de risco em



doentes mentais severos, permitindo identificar os factores que mais influenciam a mudança comportamental e a prática de comportamentos sexuais mais seguros nesta população.

Kiene e Barta (2006) avaliaram a eficácia de uma intervenção dirigida à prevenção do VIH em jovens adolescentes ( $n=157$ ). Esta foi uma intervenção desenvolvida em contexto escolar, baseada nos princípios do MIMCC e foi algo pioneira, com recorrência ao uso de internet para a apresentação de alguns módulos temáticos e interacção individual com os módulos. Os jovens receberam indicações para responderem a um questionário interactivo que avaliou os seus pontos fortes e défices em termos de informação, motivação e competências comportamentais para o sexo seguro. Posteriormente, de acordo com os resultados da avaliação, eram atribuídos pontos e apresentados conteúdos de acordo com os domínios onde apresentaram mais défices. Em comparação com o grupo de controlo (sujeito a uma intervenção nutricional tutorial), os alunos que passaram pela intervenção interactiva, apresentaram significativa redução de comportamentos de risco. Concretamente, os participantes relataram maior disponibilidade, transporte e uso do preservativo. Os resultados desta investigação encorajam o desenvolvimento de intervenções atractivas para o grupo alvo a que se dirigem e sugerem a viabilidade do MIMCC no desenvolvimento dessas intervenções.

Também Fisher e colaboradores (1994) desenvolveram uma investigação, com uma amostra de homossexuais ( $n=91$ ) com vista à redução dos comportamentos de risco face ao SIDA, tendo observado a confirmação das premissas do MIMCC. No desenvolvimento deste estudo foi possível constatar que a informação e a motivação tiveram efeitos nas competências comportamentais, e as competências comportamentais, por sua vez, influenciaram o comportamento preventivo face ao VIH. As componentes do modelo explicaram 10% da variância. Confirmou-se assim que as dimensões de informação, motivação e competências comportamentais de prevenção da SIDA constituem determinantes importantes do comportamento preventivo face à SIDA e nos esforços de prevenção, verificando-se que estes factores trabalham todos juntos no sentido de afectar o comportamento preventivo face ao VIH. Paralelamente, um estudo dos mesmos autores (Fisher et al., 1994) com uma amostra de estudantes universitários ( $n=174$ ) também forneceu suporte empírico ao MIMCC, na medida em que chegou a resultados semelhantes aos do estudo anterior, confirmando a suposição central do modelo: a informação e a motivação trabalham através das competências

comportamentais para afectar o comportamento preventivo, e indicam que os componentes do modelo podem explicar uma proporção significativa da variância (35% neste estudo com estudantes universitários). Os resultados de ambos os estudos desenvolvidos por Fisher e colaboradores (1994) são consistentes com os princípios do MIMCC. Mais tarde, Fisher, Williams, Fisher e Maloy (1999) procederam à realização de uma avaliação empírica do MIMCC na tentativa de compreender o comportamento de risco para a SIDA em adolescentes sexualmente activos pertencentes a minorias étnicas norte-americanas ( $n=148$ ). Os resultados desta investigação confirmaram as conclusões dos estudos anteriores. Estes demonstraram que os construtos do MIMCC explicavam 46% a 75% da variância do comportamento de risco face à SIDA nestes adolescentes. É de realçar que esta investigação observou variações de género nas relações entre os construtos do modelo. Para os adolescentes masculinos, a motivação para a prevenção da SIDA estava directamente associada com o comportamento preventivo, enquanto que para as adolescentes femininas a motivação para a prevenção da SIDA funcionou através das competências comportamentais para afectar o comportamento preventivo indirectamente. Em suma, as três investigações supracitadas fornecem suporte empírico para o MIMCC na explicação do comportamento de risco para a SIDA em grupos muito diversos (homossexuais, estudantes universitários heterossexuais e populações mistas pertencentes a minorias étnicas).

No âmbito das relações sexuais homossexuais, Kalichman e Picciano (2008) testaram o MIMCC numa amostra de 391 homens homossexuais em elevado risco para a transmissão do VIH. Défices nas componentes motivação, informação e competências comportamentais demonstraram ser preditores significativos das relações anais desprotegidas. Os autores consideram que o MIMCC é um instrumento útil para orientar intervenções de redução do risco sexual entre amostras similares.

Neste seguimento, também Cornman, Schmiede, Bryan, Benziger e Fisher (2007) avaliaram a eficácia de uma intervenção breve (de uma sessão) baseada no MIMCC, dirigida à prevenção do VIH/SIDA em camionistas indianos ( $n=250$ ). A intervenção focou-se na passagem de informação acerca da doença, no aumento dos níveis de motivação para o uso do preservativo e na abordagem a competências comportamentais para o sexo seguro, tal como preconizados pelo MIMCC. Em comparação com um grupo de controlo, o grupo de camionistas pertencentes ao grupo experimental, demonstrou possuir melhores resultados ao nível de várias variáveis relevantes para a protecção face ao VIH, tais como, atitudes face ao sexo protegido (uso

do preservativo), normas, competências comportamentais e intenções para o uso do preservativo.

No contexto feminino em concreto, Alvarez e Oliveira (2007), no decorrer de um estudo piloto, desenharam, implementaram e avaliaram a eficácia de uma intervenção baseada nos princípios do MIMCC, aplicada a uma amostra de estudantes universitárias portuguesas. As seis sessões, de três horas cada, serviram para desenvolver uma série de dimensões baseadas no modelo teórico (informação, motivação e competências comportamentais). A avaliação de seguimento de seis meses demonstrou que, em comparação com o grupo de controlo, o grupo de intervenção demonstrou melhorias ao nível das competências comportamentais. Além disso, verificou-se também elevadas taxas de utilização do preservativo e realização de testes de despistagem para o VIH. Os autores realçam a eficácia deste tipo de intervenção com a inclusão de informação, estimulação da motivação e treino de competências (tal como preconizado no modelo) na exploração de comportamentos preventivos (e.g. teste para o VIH), para além da promoção do uso do preservativo. Neste âmbito, também Jones, Patsdaughter, Jorda, Hamilton e Malow (2008) adaptaram e avaliaram a eficácia de uma intervenção baseada no MIMCC, especificamente dirigida à prevenção do VIH/SIDA em mulheres latinas. Esta desenvolveu-se em contexto universitário, na Florida, e contou com a participação de 169 mulheres. Esta intervenção de duas sessões, desenvolveu-se de acordo com os princípios do MIMCC para a mudança comportamental, tendo desenvolvido um *curriculum* com foco na intervenção de pares e discussões em grupo acerca da sexualidade, transmitindo informação e treinando competências motivacionais e comportamentais para o sexo seguro. Os resultados preliminares acerca da eficácia desta intervenção demonstraram que houve melhorias significativas ao nível dos conhecimentos face ao VIH ( $p=.001$ ), assim como, das competências de negociação e do uso correcto do preservativo ( $p=.003$ ). Perante estes resultados, os próprios autores (Jones et al., 2008) são da opinião que o MIMCC fornece um quadro conceptual viável para a diminuição do risco face ao VIH em mulheres jovens latino-americanas.

Na revisão da literatura encontram-se alguns estudos acerca da aplicação do MIMCC à população de origem africana em geral, e à população feminina de origem africana em concreto. Por exemplo, uma intervenção de prevenção do VIH baseada no MIMCC e em alguns construtos da TSC (St. Lawrence, Brasfield, Jefferson et al., 1995) foi considerada eficaz. Esta teve como alvos 246 adolescentes afro-americanos e aplicou

os três componentes do MIMCC e alguns da TSC, no desenvolvimento das seguintes componentes: educação face ao VIH, desenvolvimento de competências sociais, *role-play*, e *empowerment*. Ou seja, tentou-se conferir poder e suporte social. Neste estudo, os jovens foram aleatoriamente distribuídos por uma de duas intervenções: (1) programa educativo, ou (2) intervenção com treino de competências comportamentais, incorporando as três componentes do MIMCC (Modelo de Informação, Motivação e Competências Comportamentais), que incluiu o uso correcto do preservativo, a assertividade sexual, recusa, informação, auto-gestão, resolução de problemas, e reconhecimento do risco. Verificou-se que os jovens submetidos à intervenção que incluiu informação e competências específicas (treino de competências) baixaram o seu comportamento de risco (reduziram a actividade sexual desprotegida, aumentaram o uso do preservativo e demonstraram mais competências comportamentais), mantendo as mudanças de redução do risco, quando comparados com os jovens que apenas receberam informação. Os resultados desta intervenção baseada na TSC e no MIMCC revelam que esta foi muito eficaz na redução do sexo desprotegido. No entanto, o facto de a intervenção se basear em vários modelos e não apenas no MIMCC levanta algumas questões acerca da utilidade do estudo no teste do modelo.

Um outro estudo desenvolvido por Carey, Maisto, Kalichman, Forsyth, Wright e Johnson (1997) avaliou uma intervenção de redução do risco face ao VIH baseada no MIMCC numa amostra de mulheres afro-americanas ( $n=102$ ), provenientes de contextos urbanos socioeconómicos desfavorecidos. Esta intervenção centrou-se na educação face à transmissão e prevenção do VIH, no aumento da motivação para praticar o comportamento preventivo face ao VIH e no desenvolvimento de competências comportamentais de prevenção do VIH. A intervenção, com o desenvolvimento de uma variedade de componentes, decorreu durante quatro sessões, de 90 minutos cada. Os resultados indicaram que as mulheres que participaram na intervenção aumentaram o seu conhecimento e percepção de risco, reforçaram as suas intenções para adoptarem práticas de sexo seguro, comunicaram as suas intenções aos seus parceiros, reduziram o uso de substâncias próximo às práticas sexuais, e envolveram-se em menos relações sexuais vaginais. Estes resultados foram observados no pós-teste e mantidos no seguimento de três meses. Os resultados demonstraram que a intervenção desenhada de acordo com o MIMCC teve um impacto significativo na informação, motivação, e competências comportamentais de redução do risco face ao

VIH e no comportamento de risco para o VIH, tal como é previsto no quadro conceptual do modelo.

Holmes e colaboradores (2008) constataram que, embora o preservativo feminino seja um adereço importante e relativamente acessível para mulheres afro-americanas em risco para o VIH e com dificuldades em negociar o preservativo masculino com os parceiros, ainda é pouco utilizado. Assim, os autores testaram a eficácia do MIMCC na predição do uso do preservativo num grupo de mulheres afro-americanas ( $n=280$ ), na tentativa de compreensão dos factores que influenciam a sua utilização neste grupo específico. Com base nos princípios do MIMCC foi possível constatar que as variáveis mais associadas à utilização do preservativo feminino foram: a idade (jovem), o nível educacional (mais elevado), e a presença de múltiplos parceiros. As mulheres que não possuíam informação acerca do preservativo feminino, encontravam-se até 81% menos propensas para o seu uso, do que as mulheres que se encontravam devidamente informadas sobre a sua existência e adequada utilização. Devido a esta ausência de informação completa e adequada, também se encontravam menos motivadas e capazes de o utilizar, o que justifica a baixa prevalência do seu uso, em comparação com as mulheres que conheciam e sabiam usar o preservativo feminino. Assim, sendo, é possível constatar que o MIMCC é um modelo eficaz na predição e identificação dos factores associados a comportamentos sexuais de risco em mulheres vulneráveis, como as afro-americanas, nomeadamente, no que se refere ao uso do preservativo feminino.

Em suma e de acordo com Fisher e Fisher (2000), os resultados das investigações desenvolvidas com base no MIMCC, no âmbito da redução do risco para o SIDA, têm demonstrado a sua eficácia e suporte empírico. Este sucesso observa-se através de alguns factos que os autores enumeram: (1) as principais premissas do MIMCC são consistentemente apoiadas e os resultados das investigações estão de acordo com a suposição de que a informação acerca da prevenção do VIH e a motivação para a prevenção do VIH impulsionam a realização das competências comportamentais de prevenção do VIH para que o comportamento de prevenção seja realizado; (2) frequentemente observa-se uma ligação directa entre a motivação para a prevenção do VIH e o comportamento preventivo face ao VIH, também de acordo com uma das suposições do modelo que defende que, por vezes, a motivação pode influenciar directamente a prática dos comportamentos preventivos (principalmente aqueles que são novos ou muito complexos); (3) os construtos do MIMCC têm, com frequência,

explicado uma proporção substancial da variância no comportamento preventivo face ao VIH.

Não obstante algumas críticas (que abordaremos de seguida), numa perspectiva global, os resultados de várias investigações proporcionam apoio para o modelo de Fisher e Fisher (1992), sugerindo que as intervenções eficazes devem ter em atenção simultaneamente as competências informativas, motivacionais e comportamentais, tal como preconizado pelo MIMCC.

### **Análise Crítica e Conclusão à Abordagem ao MIMCC**

Tal como se verificou, o MIMCC tem reunido bastante consenso quanto à sua fiabilidade no contexto da redução do risco para o VIH/SIDA. No entanto, há alguns estudos que referem o facto deste possuir algumas limitações ou inconsistências na sua aplicação. Por exemplo, Aronowitz e Munzert (2006) desenvolveram uma investigação qualitativa com o objectivo de avaliar a eficácia de uma intervenção na redução do risco para o SIDA, nomeadamente ao nível da comunicação parental (mãe-filha). Para tal desenvolveram *focus group* com 28 adolescentes afro-americanas e respectivas mães. Os dados foram categorizados de acordo com as componentes do MIMCC (informação, motivação e componentes comportamentais), tendo-se verificado que este modelo é algo limitado na compreensão das variáveis de risco em contexto comunitário e no âmbito da díade mãe-filha. Embora se tenham registado melhorias ao nível da comunicação, verificou-se uma forte influência das normas sociais no comportamento das participantes, as quais não foram explicadas pelo MIMCC. Perante estes resultados, os autores da investigação são da opinião que o MIMCC, pelo seu carácter individualizado, é limitado na compreensão de dinâmicas e influências sociais e pouco adequado à compreensão dos processos comunicacionais entre adolescentes e pais.

Uma investigação desenvolvida por Harman e Amico (2008) baseou-se no MIMCC na tentativa de compreender o comportamento homossexual, tendo verificado algumas constatações pertinentes. Os resultados desta investigação sugerem que o modelo é eficaz na predição de comportamentos sexuais seguros nas relações homossexuais. No entanto, entende as relações entre as suas componentes numa forma algo diferente da original apresentada por Fisher e Fisher (1992). De acordo com os resultados desta investigação desenvolvida com a aplicação de um questionário, via *internet*, a 75 casais, a relação entre as componentes do MIMCC e sua influência nos comportamentos sexuais, diferem do original do modelo. No que se refere à motivação,

os autores constataram que esta se apresentou como uma variável mediadora do comportamento seguro, ao invés das competências comportamentais. Em relação à informação, foi possível constatar um dado curioso: a ausência de informação pode motivar os indivíduos a usar o preservativo e a tentar outros comportamentos preventivos (e.g. teste para o VIH), na medida em que estes têm mais receio da infecção e não optam facilmente por outras vias menos eficazes como a confiança na monogamia do parceiro. Ou seja, o factor “desconhecimento” (falta de informação), pela percepção de vulnerabilidade que incute, pode motivar os casais a protegerem-se. Em relação a esta questão, os autores realçam as suas reservas quanto à eficácia do mesmo em termos mais gerais e sugerem a administração deste modelo a outros tipos de amostra. Ao contrário do que nos indicam outros estudos, os resultados desta investigação também revelaram uma correlação apenas mediana entre as competências comportamentais e a motivação. Os níveis de motivação de um dos parceiros também não se correlacionaram significativamente com os níveis de motivação do outro membro do casal, o que comporta implicações importantes para a prática, sugerindo que, em matéria de prevenção sexual, ambos os parceiros devem ser motivados e adquirir competências. Ou seja, nem sempre um elevado nível de motivação e domínio de competências comportamentais de um dos parceiros é suficiente para influenciar o outro parceiro e concretizarem o comportamento sexual seguro. Isto significa que o MIMCC encontra alguma dificuldade em explicar os comportamentos de casal. Neste seguimento, surgem também outra investigação desenvolvida por Robertson, Stein e Baird-Thomas (2006) com jovens afro-americanos encarcerados ( $n=523$ ), com o objectivo de validar o valor preditivo do MIMCC na identificação de comportamentos de risco para o SIDA, e verificar as diferenças de género ao nível dessas variáveis. No que se refere à população masculina, o uso do preservativo foi predito pela influência de pares (modestamente) e pelas atitudes positivas em relação ao preservativo. Relativamente à população feminina, o uso do preservativo foi predito pela influência de pares, auto-eficácia e atitudes positivas face ao preservativo. Em comparação com os homens, as mulheres relataram significativamente maior nível de conhecimentos acerca do VIH, assim como, menor influência de pares, maior percepção de risco face à infecção, atitudes mais positivas em relação ao preservativo e melhores níveis de auto-eficácia. Paradoxalmente, também foram as mulheres que relataram menor uso do preservativo. Estes resultados sugerem que, embora mais informadas, motivadas e detentoras de competências comportamentais, as mulheres são as que, em última instância, incorrem

em mais comportamentos de risco ao não utilizarem o preservativo. Este desajustamento entre as variáveis psicossociais estudadas e identificadas e o comportamento seguro pode dever-se a desequilíbrios de poder de género ou outras dinâmicas disfuncionais nas relações. Face a estes resultados, depreende-se que o MIMCC é eficaz na identificação e predição das variáveis relevantes para a protecção sexual. No entanto, não consegue explicar o desajustamento que se observa na inadequação entre as suas componentes (informação, motivação e competências comportamentais) e a efectividade do comportamento seguro (utilização do preservativo). Perante os resultados das investigações supracitadas, pode-se considerar que uma das limitações do MIMCC é a sua fraqueza na compreensão das dinâmicas e influências de género, sociais e comunitárias.

Em relação às críticas ao modelo, os próprios autores referem que este apresenta algumas fragilidades. Assim, em 2002, Fisher e Fisher consideraram as seguintes limitações no MIMCC: (1) as áreas de aplicação do modelo são escassas, devido ao seu surgimento ainda algo recente; (2) os estudos prospectivos dos determinantes do comportamento preventivo face ao VIH são menos frequentes do que os estudos transversais; (3) a pesquisa sobre a intervenção experimental permanece limitada; e (4) a grande maioria da investigação realizada no domínio do MIMCC encontra-se em curso ou a ser submetida para publicação.

Em termos de conceptualização, a revisão da literatura menciona que a informação parece ser um contributo instável para a predição do comportamento preventivo face ao VIH (Fisher et al., 1999). Além disso, de acordo com a revisão de Fisher e Fisher (2002), este construto parece ter um contributo inconsistente nos vários estudos em relação à predição do comportamento preventivo. Concretamente, o MIMCC especifica situações em que a informação pode contribuir para o comportamento preventivo face ao VIH (e.g. no início das epidemias) e quando não se espera tal contribuição (e.g. mais tarde nas epidemias) (Fisher & Fisher, 1992, 2000, 2002). A revisão da literatura indica que são necessários mais estudos empíricos sobre o papel da informação na estimulação do desenvolvimento e aplicação das competências comportamentais, e como determinante directo do comportamento preventivo face ao VIH. Outra crítica centra-se no facto da análise do modelo levantar questões relativas à relação entre os construtos informação e motivação, que por vezes se mostram independentes e outras vezes não. A título de exemplo os autores do modelo questionam



a lógica de que as pessoas bem informadas estão motivadas para praticar a prevenção e vice-versa (Fisher & Fisher, 1992, 2000, 2002).

De uma maneira geral, apesar da sinalização de algumas limitações, o MIMCC tem recebido suporte empírico consistente no contexto de prevenção da SIDA pelo facto de ser relativamente compreensível, bem especificado e económico. Os autores referem ainda que o MIMCC tem mostrado grande facilidade na sua aplicação às intervenções de redução do risco que possuem como alvo défices específicos de informação, motivação e competências comportamentais, e que a investigação tem sido bem sucedida ao usar o modelo e os seus procedimentos na avaliação das intervenções. Assim, a análise crítica do MIMCC indica que, embora apresente alguns pontos fracos e suscite certas dúvidas, o MIMCC tem evidenciado suporte empírico em várias intervenções com diferentes populações, desde homossexuais, a portadores de doença mental, a adolescentes, a mulheres de vários contextos étnicos e socioeconómicos. Em suma, os resultados dos estudos apresentados, com uma grande diversidade de populações, sugerem que as componentes informação, motivação e competências comportamentais em relação ao SIDA, são factores efectivamente importantes na promoção do comportamento sexual seguro.

### **2.3.2. Modelo de Redução do Risco da SIDA**

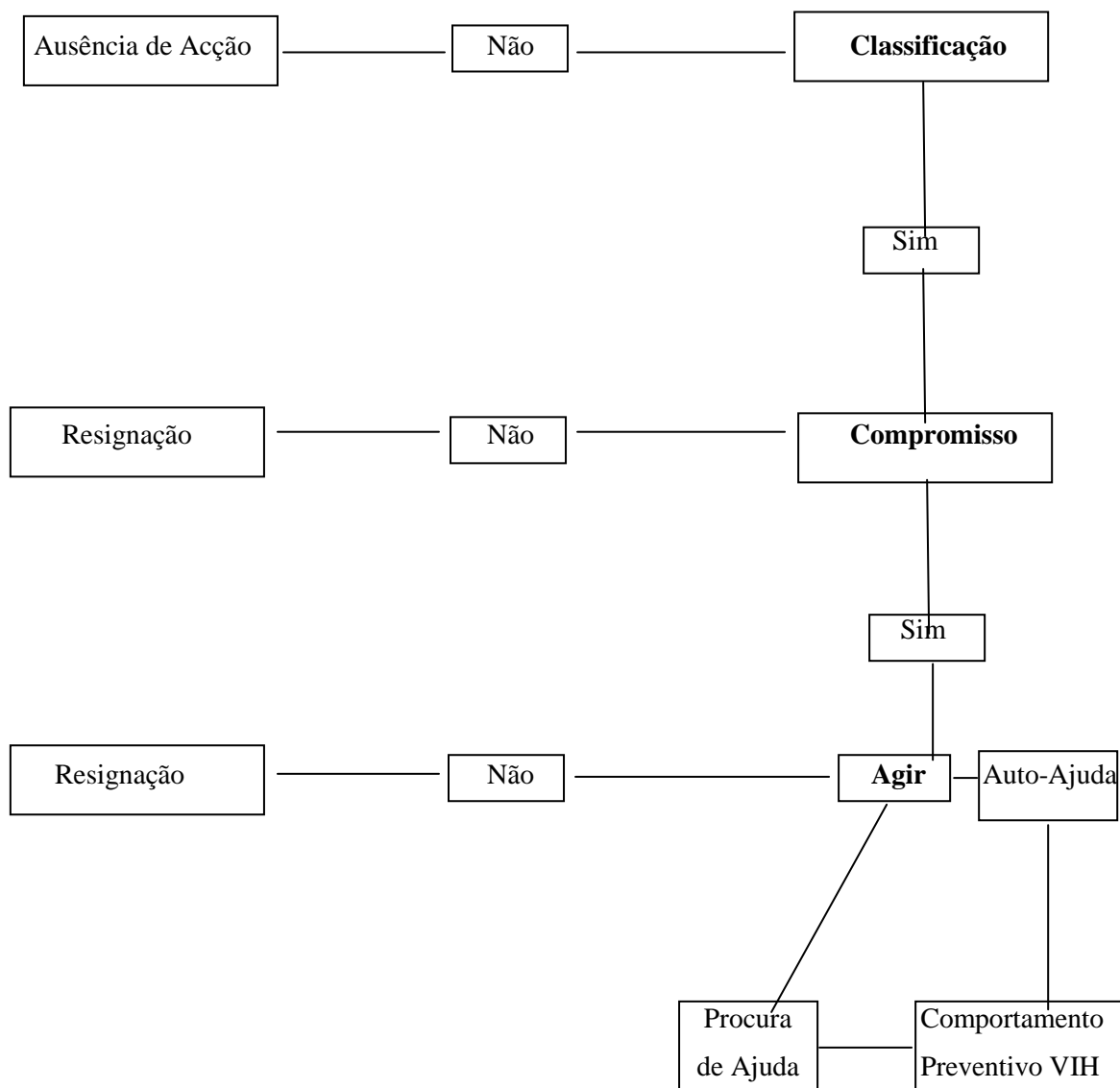
O Modelo de Redução do Risco da SIDA (MRRS) foi desenvolvido nos anos 90 por Catania e colaboradores (Catania, Kegeles, & Coates, 1990; UNAIDS, 2001). Este integra construtos do MCS, da TSC e da Teoria da Difusão da Inovação (um modelo social) para descrever o processo pelo qual indivíduos e grupos passam enquanto alteram os seus comportamentos relativamente ao VIH/SIDA (UNAIDS, 2001). De acordo com os próprios autores, o MRRS é descrito como um modelo heurístico, cujo objectivo é o de facilitar a organização conceptual da investigação sobre a mudança de comportamento, e o desenvolvimento e avaliação da intervenção (Catania, Kegeles, & Coates, 1990).

Tal como acontece com o Modelo Transteórico (MT), também o MRRS assume que a mudança é um processo pelo qual os indivíduos devem passar e que neste processo existem diferentes factores que afectam o movimento através de diferentes estádios. O alcance de cada um dos estádios é considerado algo positivo, o que contrasta com os modelos anteriores, para os quais a mudança comportamental é o único resultado importante. O MRRS dá muita importância ao processo e à compreensão dos

factores que levam a pessoa a falhar na progressão do processo de mudança (Catania, Kegeles, & Coates, 1990). O modelo identifica três etapas na redução do risco para a infecção pelo VIH/SIDA: (1) classificação do comportamento, (2) compromisso de mudar, (3) e início da acção (Catania et al., 1990; UNAIDS, 2001). Na figura que se segue mais adiante, é possível verificar, de forma esquemática, os estádios do processo de mudança de acordo com o MRRS.

Figura 7

Estádios do Modelo de Redução de Risco da SIDA (Catania, Kegeles & Coates, 1990; traduzido e adaptado para português por Costa, 2007, p.178)



Ao contrário do que acontece nos modelos mais clássicos, de acordo com MRRS estes estádios não são invariáveis, unidireccionais ou irreversíveis (e.g. o indivíduo pode classificar o comportamento de risco para o VIH como problemático, depois considerar que existem elevados custos no comportamento seguro, e mais tarde decidir que o seu comportamento afinal não é problemático), e indicam que diferentes variáveis psicossociais podem ser mais influentes em diferentes momentos no processo de mudança do comportamento (Sheeran et al., 1999).

O primeiro estágio, o da classificação, integra a consciencialização para o risco da infecção pelo VIH/SIDA e a admissão de que o comportamento sexual pessoal pode colocar o indivíduo em risco para a infecção (Sheeran et al., 1999). Aqui, há uma série de variáveis psicossociais que ajudam o indivíduo a classificar o seu comportamento e que operacionalizam o processo de classificação do comportamento: a percepção de susceptibilidade, a percepção de severidade, o conhecimento de actividades sexuais associadas com a transmissão do VIH, etc. (Catania et al., 1990; Sheeran et al., 1999; UNAIDS 2001). Esta classificação também pode ser afectada pelas normas do parceiro sexual, normas da rede social, por um conjunto de emoções como o medo, por atitudes de negação e evitamento, e por normas sociais mais abrangentes (Catania et al., 1990). Este estágio é ainda caracterizado por uma série de emoções contrárias que interagem com a informação que o indivíduo possui e a susceptibilidade percebida (UNAIDS, 2001). Desta forma, o MRRS teoriza que é com o apoio destas variáveis psicossociais (e.g. possuir informação apropriada sobre o VIH, sua transmissão e prevenção) que a pessoa classifica o seu comportamento como problemático (Catania et al., 1990). Resumindo, este primeiro estágio do MRRS conceptualiza que há uma consciencialização e percepção do problema que é influenciada pelo conhecimento sobre a transmissão do VIH, pela susceptibilidade percebida, e pelas redes e normas sociais.

O segundo estágio, o do compromisso com a mudança, é caracterizado pela tomada da decisão, o que implica um compromisso forte com a decisão da mudança comportamental ou, em contraste, envolve indecisão, a resignação ou a espera de que o problema se resolva por si só (Catania et al., 1990). Na melhor destas hipóteses e aplicando o estágio do compromisso ao âmbito da redução do risco sexual para o VIH, este implica a decisão de um compromisso forte para a utilização do preservativo (Sheeran et al., 1999). São vários os factores que influenciam o compromisso para a mudança comportamental ao nível da sexualidade de risco. Alguns desses factores são

as crenças relativas à própria capacidade de realizar as mudanças apropriadas e a percepção dos custos e dos benefícios da modificação dos comportamentos de risco. Adicionalmente, factores como a eficácia da resposta, a percepção de prazer dos actos adicionados ou eliminados, a auto-eficácia e a percepção de que se pode realizar eficazmente a mudança para o comportamento sexual seguro, afecta a percepção dos custos e benefícios da mudança o que, consequentemente, pesa preponderantemente na assunção ou não do compromisso para a mudança (Catania et al., 1990). Na opinião de Sheeran e colaboradores (1999), o estágio de compromisso é influenciado sobretudo por questões como a percepção de eficácia para o uso do preservativo, o uso prévio da pílula, a combinação do uso do preservativo e da pílula, a motivação face à prevenção da gravidez, as atitudes face ao uso do preservativo, a percepção de barreiras (atractivos do uso do preservativo, consequências interpessoais do uso do preservativo e embaraço na compra), as normas subjectivas, as normas descritivas, a atitude do parceiro face ao uso do preservativo, a auto-eficácia face ao SIDA, a auto-eficácia face ao uso do preservativo, o uso prévio do preservativo, e a intenção de usar preservativos. De acordo com este autor (Sheeran et al., 1999), um factor chave para o indivíduo se comprometer com a mudança é a crença na eficácia do preservativo relativamente à prevenção da infecção pelo VIH/SIDA. Assim, de acordo com Sheeran e colaboradores (1999), há algumas variáveis que podem influenciar o uso do preservativo (compromisso com a mudança), nomeadamente, o uso de outros contraceptivos (e.g. pílula). Desta forma, o autor (Sheeran et al., 1999) considera que o uso da pílula contraceptiva pode ser correlacionado de modo negativo com o uso do preservativo. Outra situação refere-se ao facto das pessoas perceberem a prevenção do VIH como menos importante do que a prevenção da gravidez. Por consequência, a ameaça do VIH/SIDA pode falhar no âmbito da sua influência na altura da escolha do método contraceptivo, e os preservativos podem não ser usados com objectivos contraceptivos. O compromisso com a mudança, no que se refere ao uso do preservativo, é também muito influenciado pelas percepções acerca do preservativo. Estas percepções são baseadas nas crenças específicas sobre o preservativo, nomeadamente, ao nível dos custos e benefícios percebidos do seu uso (Sheeran et al., 1999). Alguns estudos revelam que as barreiras são construtos que abrangem três tipos de crenças: em relação à atractividade do uso do preservativo (e.g. acreditar que os preservativos diminuem o prazer sexual), as crenças relativas às consequências interpessoais do uso do preservativo (e.g. o uso do preservativo pode ofender o parceiro sexual ou afectar de modo negativo a própria

reputação), e a crença relativa ao embaraço da compra (e.g. comprar ou obter preservativos está associado com desconforto) (Helweg-Larson & Collins, 1994, cit. por Sheeran et al., 1999). As normas subjectivas também exercem influência sobre o compromisso. De acordo com Sheeran e colaboradores (1999), existe uma diferença entre a influência de normas sociais descritivas e normas de impedimento. A componente de norma subjectiva tal como é descrita na TAR é uma norma social de impedimento, porque está relacionada com a pressão social percebida, ou seja, a aprovação ou sanção por parte dos outros significativos pelo envolvimento num determinado comportamento. As normas sociais descritivas referem-se à percepção das atitudes e comportamentos dos outros significativos no domínio do mesmo comportamento. O factor auto-eficácia para o uso do preservativo, que exerce uma influência central na tomada de decisão para o compromisso, tem a ver com a percepção dos indivíduos relativamente à sua capacidade acerca de avaliações específicas para o uso do preservativo e o facto das pessoas já terem usado preservativo anteriormente também pode influenciar o compromisso de usar o preservativo no futuro (Sheeran et al., 1999). Os autores concluem que a mais importante de todas as variáveis no estágio de compromisso é a intenção de usar preservativos, pois esta sintetiza a motivação da pessoa relativamente a uma acção concreta.

Depois de se assumir o compromisso, segue-se a acção. O estágio de acção é caracterizado por três etapas que são a procura de informação, a obtenção de soluções, e a aplicação dessas soluções (Catania et al., 1990). Na fase da procura de informação, as pessoas podem optar por acções activas (e.g. procurar a opinião de outras pessoas) ou mais passivas (e.g. televisão). Aqui, as estratégias educativas são muito importantes. A educação para a saúde pode ter um impacto nesta fase do processo. É importante que a pessoa saiba quais são as fontes de informação e quais as formas de acesso. Nas soluções, algumas pessoas podem optar pela auto-ajuda, enquanto que outros procuram ajuda por parte dos outros, ou a resignação ao problema. Após a obtenção de soluções, as pessoas devem aplicar as soluções. Depois da obtenção de soluções, as pessoas tentam aplicar essas soluções. Esta fase é considerada complexa pela natureza social da maioria dos comportamentos sexuais (e.g. negociação do preservativo com o parceiro). Assim, de acordo com Catania e colaboradores (1990), a máxima redução nos comportamentos de risco acontece quando ambos os parceiros percebem os seus comportamentos sexuais de risco como problemáticos, estão comprometidos com a mudança desses comportamentos, e possuem elevados níveis de competências de

comunicação. Neste seguimento, Sheeran e colaboradores (1999) consideram que há sete componentes importantes e influentes no estágio de acção: (1) trazer/ter preservativos, (2) disponibilidade dos preservativos, (3) estatuto da relação (casual ou estável), (4) história sexual do parceiro, (5) uso de drogas injectáveis, (6) comunicação sobre as ISTs e SIDA, e (7) comunicação sobre os preservativos.

Em relação à passagem de um estágio para outro, este depende do alcançar dos objectivos do estágio anterior. De acordo com Catania e colaboradores (1990), a passagem entre estádios pode ser motivada por factores internos (e.g. estados emocionais) e externos (e.g. pistas externas como campanhas públicas de educação que estimulam o pensamento sobre o próprio comportamento sexual). Os autores (Catania et al., 1990) consideram ainda que diferentes mensagens de intervenção terão maior impacto quanto mais adaptadas ao estágio em que o indivíduo se encontra. Por exemplo, para os indivíduos que se encontram no primeiro estágio (classificação), as mensagens devem ter como foco os comportamentos que conduzem à transmissão do VIH e que permitem identificar o comportamento como problemático (e.g., saber que o VIH é transmitido a pessoas como o indivíduo em questão). Para os sujeitos que estão no segundo estágio (compromisso), as intervenções devem realçar aspectos de utilidade e prazer inerentes ao processo (e.g. uso do preservativo), melhorando a proporção entre custo – benefício da mudança. Por fim, no terceiro estágio (acção), as intervenções devem ser dirigidas, explicando como procurar ajuda na mudança comportamental e como a alcançar. Em suma, as intervenções que se baseiam no MRRS centram-se em: (1) avaliar o risco do indivíduo, (2) influenciar a decisão de reduzir o risco através de percepções de prazer e auto-eficácia, e (3) apoiar o sujeito para iniciar a mudança (e.g. acesso a preservativos, apoio social) (UNAIDS, 2001).

De facto, têm sido desenvolvidas várias investigações, com diversas populações, com base no MRRS. Grande parte dos estudos desenvolvidos neste âmbito, focam-se nos factores que estão associados ao alcançar de cada estágio do modelo. Este aspecto é relevante, pois saber em que estágio está uma determinada população pode ser útil para que os recursos e estratégias de intervenção futuras sejam eficazmente alcançados para essa mesma população (Fisher & Fisher, 2000).

Kowalewski, Longshore e Anglin (1994) desenvolveram uma investigação, onde testaram o valor preditivo do MRRS em 161 utilizadores de drogas. Os resultados deste estudo demonstraram que a maior percepção de risco de infecção pelo VIH era predita por uma maior percepção de susceptibilidade face à SIDA. Assim, confirmou-se uma

das premissas do modelo no que se refere ao primeiro estágio, o da classificação. Neste seguimento, também Catania, Coates e Kegeles (1994) analisaram o quadro conceptual do MRRS num grupo de 716 heterossexuais adultos, tendo verificado que o facto de considerar o próprio comportamento sexual como sendo de risco estava associado com o facto de possuir história de ISTs e menos crenças de saúde estereotipadas. Estes resultados sugerem que uma componente importante da prevenção do VIH é a crença de que se é susceptível às ISTs. Os dados indicaram ainda que aqueles que acreditam que outras pessoas possuem maior probabilidade de contrair o VIH tinham menor probabilidade de classificar as suas actividades sexuais como problemáticas. Em suma, os resultados destes dois estudos demonstram que classificar o comportamento como problemático é preditor de uma maior percepção de susceptibilidade face ao VIH, tal como conceptualizado pelo MRRS, no estágio de classificação.

Na revisão da literatura também se encontram estudos que confirmam a presença das variáveis teorizadas no segundo estágio. Ou seja, há investigações desenvolvidas que confirmam a existência de factores específicos associados ao compromisso de mudança, tal como conceptualizado pelo MRRS. Assim, a literatura tem vindo a referir que há variáveis que afectam o compromisso, porque influenciam os custos e benefícios percebidos da mudança (a prevenção). Por exemplo, o estudo de Catania e colaboradores (1994) identificou diferenças ao nível dos preditores do compromisso para o uso do preservativo nos parceiros primários e casuais. Nos indivíduos que possuíam parceiros secundários, o compromisso para usar o preservativo encontrou-se relacionado com a classificação do comportamento como sendo de risco, normas sociais de apoio face ao uso do preservativo, maior prazer, e comunicação sexual protectora da saúde. Já no que se refere a indivíduos com parceiros principais, verificou-se que o compromisso com o uso do preservativo relacionou-se com o aumento das normas de apoio para o uso do preservativo, maior prazer, e possuir ISTs (herpes genital). Ou seja, conclui-se assim que o compromisso para utilizar preservativos com os parceiros secundários era impulsionado pelo desejo de evitar o VIH, enquanto que o compromisso com os parceiros principais estava associado ao desejo de evitar contrair ou de infectar outros com o herpes genital.

O mesmo estudo de Catania e colaboradores (1994) identificou diferenças nos preditores para a utilização do preservativo, ou seja, para a acção (terceiro estágio), no que se refere às relações sexuais com parceiros principais e parceiros casuais. Verificou-se que as normas sociais percebidas estavam associadas com o uso do preservativo com

os parceiros secundários, mas não com os principais. Os autores consideram que isto acontece porque a influência das normas sociais no estágio de acção, ou de realização do comportamento, pode ser bloqueada pelos objectivos emocionais no processo de demonstração de confiança mútua nas relações com os parceiros principais. Factores como a comunicação sexual protectora da saúde, o compromisso para a utilização do preservativo e o prazer sexual eram preditores significativos do uso de preservativo quer com os parceiros principais, quer com os casuais. Já a percepção de prazer é uma influência poderosa no comportamento e as competências de comunicação verbal são importantes enquanto mecanismo de negociação sexual.

Longshore, Stein e Chin (2006), desenvolveram uma investigação, baseada no quadro conceptual do MRRS, com uma amostra de homens ( $n=337$ ) e mulheres ( $n=263$ ), norte-americanos, sexualmente activos e utilizadores de drogas. Foi objectivo deste estudo identificar as diferenças de género ao nível dos preditores para os comportamentos sexuais de risco para a infecção pelo VIH/SIDA. Assim, os resultados demonstram que, em relação aos homens, um elevado nível de conhecimentos acerca do VIH/SIDA demonstrou ser o factor mais associado a comportamentos sexuais seguros. Já nas mulheres (maioritariamente de origem africana; 61.1%) constatou-se que a auto-eficácia foi o principal preditor de comportamentos sexuais protegidos. Verifica-se assim a validade da aplicação do MRRS na identificação dos factores associados aos comportamentos de risco, o que permite um melhor conhecimento acerca das estratégias de prevenção mais adequadas para cada um dos grupos a que se dirigem.

No âmbito da aplicação do modelo à população feminina em risco sexual, Dworkin, Exner, Melendez, Hoffman e Ehrhardt (2006) avaliaram qualitativamente a eficácia de uma intervenção desenvolvida à luz do suporte teórico do MRRS. Os resultados desta investigação qualitativa, desenvolvida com uma sub-amostra ( $n=180$ ) de mulheres em risco para o VIH que participaram na intervenção ( $n=360$ ), demonstram que esta é eficaz ao nível da redução dos comportamentos sexuais de risco. A intervenção em causa baseou-se no desenvolvimento e treino de uma série de competências comportamentais (percepção de susceptibilidade, priorização de acções, intenção para o comportamento sexual seguro, representações acerca do sexo seguro, e manutenção da mudança), de acordo com o quadro conceptual do MRRS. Os resultados da avaliação qualitativa (decorrida num seguimento de 12 meses) demonstram ganhos ao nível da percepção de vulnerabilidade e do domínio de competências comportamentais (e.g. capacidade para priorizar acções que objectivam a



sexualidade segura e nível comunicacional). Perante estes resultados, os autores consideram que o MRRS fornece um quadro conceptual eficaz no planeamento de intervenções que visam a redução do risco sexual e o *empowerment* das mulheres em risco para a infecção pelo VIH/SIDA. O MRRS também tem evidenciado a eficácia da sua aplicação em mulheres africanas. Por exemplo, no Zaire, Bertrand, Brown, Kinzonzi, Mansilu e Djunghu (1992) desenvolveram uma investigação com 5494 mulheres, onde aplicaram o MRRS para verificar que factores estavam relacionados com a motivação para a modificação dos comportamentos de risco. Os resultados demonstraram que, nesta população, existem fortes barreiras para alcançar o primeiro estágio do modelo, sendo que a maioria das mulheres no Zaire ainda não tinham classificado o seu risco para o VIH como um problema (1º estágio). Em concreto, estas mulheres não acreditavam estar em risco de infecção pelo VIH. Conhecer o estágio comportamental em que se encontram as populações é um passo importante no desenho de intervenções adequadas.

Em suma, no que se refere ao suporte empírico das suposições do MRRS, assim como, à eficácia da sua aplicação a intervenções e a investigações que objectivam a identificação dos factores associados aos comportamentos protectores vs de risco, este modelo tem demonstrado validade.

### **Análise Crítica e Conclusão à Abordagem do MRRS**

Tal como foi possível verificar na revisão da literatura, o MRRS é um modelo que tem demonstrado ser muito válido e eficaz na compreensão do comportamento preventivo face ao VIH/SIDA. Isto deve-se, em parte, ao facto de ter sido criado especificamente no contexto da prevenção do SIDA, ao contrário do que acontece com os modelos anteriormente revistos. Há estudos (e.g. Catania et al., 1994) que atestam a eficácia deste modelo numa compreensão muito clara dos factores que estão associados aos comportamentos sexuais em cada uma das fases da mudança. Além disso, tem vindo a ser aplicado com sucesso a uma grande diversidade de populações: homens e mulheres heterossexuais (e.g. Longshore et al., 2006), população feminina (e.g. Brown et al., 1994; Dworkin et al., 2006), homossexuais (e.g. Catania, Coates & Kegeles, 1994), utilizadores de drogas (e.g. Kowalewski, Longshore & Anglin, 1994), etc.

Apesar das suas vantagens, também são apontadas algumas críticas a este modelo. De acordo com Fisher e colaboradores (1994), o MRRS encontra-se incompleto no que se refere à especificação das inter-relações entre os determinantes

conceptualizados acerca do comportamento preventivo para o VIH. Os autores também consideram que a relação entre certos elementos e determinados estádios é algo contraditória. Uma outra crítica ao modelo vai no sentido de o considerar demasiado extensivo em termos de construtos, o que não o torna o melhor dos modelos na explicação dos comportamentos de prevenção para a SIDA. Ao nível do suporte empírico, os autores (Fisher et al., 1994) consideram que, em parte, este continua a carecer de mais testes/avaliações. No que se refere à aplicação do modelo a intervenções, Fisher e colaboradores (1994) consideram que este não consegue ser abrangente. No entanto, consideram que possui sugestões válidas para construir as componentes de um modelo abrangente. Fisher e Fisher (2000), são ainda da opinião que o MRRS possui ideias limitadas sobre como se modifica efectivamente o comportamento sexual, dado que a sua descrição dos factores associados com o estágio de acção é limitada. Assim, estes autores consideram que ainda há áreas no modelo que necessitam de ser mais exploradas, nomeadamente, (1) investigar as inter-relações entre as variáveis especificadas como necessárias para alcançar os vários estádios, (2) explorar como os indivíduos se movimentam entre os estádios, dado que o modelo diz pouco sobre o assunto, e (3) verificar até que ponto os estádios são ou não sequenciais e se são todos necessários para que a mudança de comportamento ocorra.

De acordo com os próprios autores do modelo (Catania et al., 1990), perante os problemas metodológicos que foram sendo encontrados nas investigações que avaliaram o MRRS, o melhor seria desenvolver avaliações com desenhos longitudinais. Neste seguimento, pode-se referir o estudo de Breakwell, Millward e Fife-Schaw (1994), que aplicou o MRRS a uma população de adolescentes e seguiu-os durante um ano, tendo-se verificado que o modelo explicou 30% da variância no uso do preservativo no seguimento de um ano. Não obstante as críticas efectuadas, Fisher e colaboradores consideram que o MRRS constitui um modelo relativamente compreensível dos determinantes do comportamento preventivo face à SIDA, descrevendo a prevenção do VIH como um processo de mudança que envolve múltiplos estádios intermédios e especificando os factores que podem afectar os vários estádios.

Em síntese, tal como acontece com os outros modelos revistos, o MRRS apresenta vantagens e desvantagens. Em termos de limitações, estas prendem-se sobretudo com o facto do seu suporte empírico se ter vindo a evidenciar algo contraditório. Como vantagens apresenta-se a sua vasta aplicação, bem sucedida, a uma grande variedade de populações em risco para o VIH/SIDA e ainda o facto de se

apresentar como um quadro teórico compreensivo ao nível dos factores que podem influenciar os comportamentos de risco.

#### **2.4. Reflexão Crítica Acerca dos Modelos Apresentados**

Todos os modelos de mudança comportamental revistos foram amplamente aplicados à redução dos comportamentos de risco para o VIH/SIDA. Estes são modelos que se focam na mudança comportamental a um nível individual e variam em termos de abrangência, especificação, economia, suporte empírico, factores integrativos e facilidade de tradução em intervenções de redução de risco (Fisher & Fisher, 2000; Fisher et al., 1994; Noar, 2007).

Os diferentes modelos apresentam diferenças entre si no que se refere à abrangência e parcimónia. Estes elementos são importantes, pois são eles que definem o número e complexidade das variáveis que são necessárias trabalhar para operar a mudança comportamental no decorrer de uma intervenção. Por exemplo, a Teoria Sócio-Cognitiva (TSC) é um modelo bastante abrangente. No entanto, a Teoria de Acção Racional (TAR), a Teoria do Comportamento Planeado (TCP) ou o Modelo de Crenças na Saúde (MCS) são mais parcimoniosos (Noar, 2007). De acordo com Fisher e Fisher (2000), no que se refere à abrangência, a Teoria Sócio-Cognitiva (TSC), o Modelo de Informação, Motivação e Competências Comportamentais (MIMCC), o Modelo de Redução do Risco da SIDA (MRRS) e o Modelo Transteórico (MT) constituem modelos bastante alargados dos determinantes do comportamento preventivo face ao VIH, enquanto que o Modelo de Crenças da Saúde (MCS), a Teoria de Acção Racional (TAR) e a Teoria do Comportamento Planeado (TCP) se encontram limitados no seu foco numa pequena gama de factores motivacionais para conceptualizar os determinantes do comportamento preventivo face ao VIH. De acordo com Noar (2007), a escolha de um modelo para a mudança comportamental face ao VIH/SIDA deve ter por base os objectivos da investigação: o investigador pretende abrangência (muitos factores) ou um foco das variáveis em profundidade (e pouca abrangência em termos de número de factores analisados)? Estes aspectos relacionam-se também com a questão da economia de cada um dos modelos. Em relação a esta questão, alguns modelos integram uma multiplicidade de construtos e processos, como é o caso da TSC, do MRRS e do MT. Esta multiplicidade de construtos sugere que estes

modelos podem não proporcionar as explicações mais económicas e simples do comportamento no domínio da prevenção do VIH (Fisher & Fisher, 2000).

No que se refere à questão da especificação, a TSC, o MCS, o MRRS e o MT permanecem algo incompletos relativamente à explicação das inter-relações entre os determinantes teorizados para o comportamento preventivo face ao VIH. Por outro lado, a TAR, TCP e MIMCC especificam as relações entre os construtos (Fisher & Fisher, 2000). De acordo com Noar (2007), no âmbito da comparação e análise acerca das diferentes teorias/modelos, é importante distinguir aqueles que se baseiam nas crenças e os que não o fazem. Os que se baseiam em crenças integram variáveis que são crenças em si mesmas ou as atitudes (e.g. TCP ou MCS). Se é evidente que uma investigação necessita de abordar as questões ambientais na mudança comportamental, estes modelos não serão os mais adequados. Por outro lado, se há a suspeita ou confirmação de que os sistemas particulares de crenças são os principais constrangimentos para as práticas sexuais seguras, os modelos desta natureza, que integram e realçam a importância das crenças e atitudes, serão os mais indicados como referência conceptual.

No que se refere ao suporte empírico, de acordo com Fisher e Fisher (2000), os modelos ainda apresentam algumas limitações. Por exemplo, o MCS continua por testar enquanto modelo multivariado integrado e determinadas relações receberam suporte empírico misto. Já a TSC permanece por testar enquanto modelo multivariado integrado, embora exista suporte empírico para relações univariadas. O MRRS, na sua generalidade, permanece por testar, embora algumas relações univariadas tenham recebido suporte empírico. No que se refere ao MT existe suporte para as relações individuais propostas. No entanto, o MT não pode ser examinado como um todo multivariado integrado no estado de desenvolvimento em que se encontra. Por outro lado, a TAR tem sido amplamente testada e possui suporte empírico, embora se deva considerar o domínio relativamente limitado dos construtos com que opera. Assim, verifica-se que a TAR, a TCP e o MIMCC, embora apresentem algumas limitações, são modelos que têm sido amplamente testados enquanto modelos multivariados integrados, no âmbito dos comportamentos de prevenção face ao VIH/SIDA. Ou seja, trata-se de modelos que possuem suporte empírico e que explicam uma variância considerável nos comportamentos de prevenção do VIH, contrastando com a situação em que se encontram o MCS, MRRS e MT.

De acordo com Noar (2007), neste âmbito da compreensão e comparação entre os modelos, também é necessário ter em conta quais são os modelos de comportamento

e os modelos de mudança do comportamento, mesmo que, em última análise, todos existam para apoiar a mudança. Na sua maioria, neste capítulo analisou-se as variáveis associadas ao comportamento e, como tal, tratam-se de modelos de comportamento (e.g. TAR, TCP, MCS, etc.), mais do que modelos de mudança do comportamento (Fisher & Fisher, 2000; Noar, 2007). Por outro lado, modelos como o MRRS ou o MT são modelos de mudança do comportamento, que especificam os estádios pelo qual passa a mudança comportamental. Estes têm a vantagem de conseguir traçar os perfis de cada fase da mudança, sendo, por isso, capazes de adaptar as estratégias de intervenção de mudança comportamental às circunstâncias em que cada indivíduo ou grupo se encontra (Noar, 2007). Ou seja, alguns modelos são modelos dos determinantes das fases da mudança comportamental (MRRS, MT), outros são simplesmente modelos de explicação dos determinantes do comportamento em geral (TAR, TCP e em alguns aspectos o MIMCC). Até ao momento, existe mais investigação acerca da eficácia relativa dos determinantes do comportamento do que em relação aos determinantes dos estádios (Fisher & Fisher, 2000).

Relativamente à aplicação dos modelos a intervenções de redução do risco em relação ao SIDA, de acordo com Fisher e Fisher (2000), nenhum dos modelos se traduz de modo imediato numa intervenção abrangente, embora existam elementos em cada um dos modelos que constituem sugestões válidas para construir as componentes de uma intervenção. Neste âmbito, Noar (2007) é da opinião que um dado modelo pode adaptar-se melhor do que outro a uma dada população específica, pelo que é necessário estar atento a estas especificidades. Logan e colaboradores (2002) são da opinião de que é necessário reduzir a lacuna entre a investigação e a intervenção, a utilização de metodologias de investigação consistentes, e a expansão das teorias existentes da mudança de comportamento face ao VIH para englobar factores sociais e contextuais.

Outro aspecto ao qual é necessário prestar atenção quando se compara os diferentes modelos, é o facto de uns serem gerais e outros serem especificamente criados para a redução do risco comportamental face ao VIH/SIDA (Noar, 2007). Modelos como o MRRS, o MIMCC, assim como, modelos mais recentes como a Teoria do Poder de Género (TPG). Estes últimos ao serem criados no âmbito da redução do risco sexual compreendem dimensões interpessoais que os outros não abrangem (Fisher & Fisher, 2000; Noar, 2007). Estes modelos integram variáveis diádicas como a assertividade e a comunicação sexual, que os outros não abarcam (Noar, 2007). O contributo das diferenças entre sexos e do poder na determinação unilateral ou diádica

da mudança do comportamento de redução do risco para o VIH (e.g., Teoria do Género e do Poder de Wingood e DiClemente, 2002) deve ser considerado. Os modelos gerais suscitam algumas questões em relação à sua adequação em determinados contextos e populações, uma vez que partem do princípio que as pessoas se comportam sempre de modo racional, que certos elementos teóricos afectam o seu comportamento, e que estes são livres de escolher um determinado percurso de acção, possuindo os recursos necessários para tal (e.g. dinheiro para comprar preservativos) (Fisher & Fisher, 2000). Aqui, é necessário dar especial atenção à Teoria do Poder de Género (TPG) que é a única que efectivamente coloca num foco central as influências dos papéis de género e as questões culturais (Noar, 2007). No entanto, esta teoria ainda tem sido pouco explorada enquanto modelo global, pelo que não foi alvo de uma abordagem aprofundada neste capítulo dedicado aos modelos de mudança comportamental. No entanto, este facto não invalida o reconhecimento da sua importância, nomeadamente, na contextualização dos factores que influenciam os comportamentos de risco na mulher, tal como foi revisto no subcapítulo relativo à revisão de variáveis como a vitimização, as características da relação e alguns factores socioeconómicos.

A aplicação das teorias e modelos de mudança comportamental para o VIH/SIDA a contextos especialmente vulneráveis como o africano (ou populações afro-americanas) tem-se verificado em alguns países e tem sido bem sucedida (e.g. Boileau, Rashed, Sylla & Zunzunegui, 2008; Brunswick & Banaszack-Holl, 1996; Mbwambo, Kaaya & Schaalma, 2008; O'Leary, Jemmott & Jemmott, 2008; Tenkorang, Rajulton & Maticka-Tyndale, 2008; Williams et al., 2008). No entanto, nem sempre são devidamente avaliadas (Ondutolu, 2005). Numa revisão da literatura acerca das teorias de mudança comportamental para a redução do VIH/SIDA especificamente na África Subsaariana, Ondutolu (2005) encontrou suporte empírico acima da média para a TSC, quando comparada com outros modelos. Pela natureza do contexto (forte influência dos factores sociais e culturais nos comportamentos), a literatura sugere que a TSC é aquela que provavelmente melhor se adequa ao contexto africano. Neste âmbito, Noar (2007) descreve que a integração da Teoria do Poder de Género (TPG) combinada com outros modelos, nomeadamente, a TCP, tem-se evidenciado muito eficaz enquanto quadro conceptual para intervenções dirigidas à redução do risco para o VIH; isto porque também é uma teoria sensível às questões sociais e interpessoais. Ou seja, quer de acordo com Ondutolu (2005), quer com Noar (2007), as intervenções e investigações dirigidas a populações de origem africana não poderão nunca descurar a elevada

importância dos factores sociais e culturais do comportamento e da mudança comportamental. De acordo com Ondulotu (2005), vários estudos desenvolvidos em contexto africano (e.g. Nduati & Kiai, 1997; Ashford, 2000), em países diversificados como o Malawi, Zâmbia, Uganda, Quênia, África do Sul, Botsuana, Camarões e Guiné, sugerem que a TSC tem estado na base nos programas de intervenção mais bem sucedidos. As técnicas e estratégias decorrentes da TSC, tais como métodos de aprendizagem activa e oportunidades para praticar competências de comunicação e negociação com grupos de pares, têm demonstrado elevada eficácia em estudos desenvolvidos com populações diversas em países da África Subsaariana (Ondulotu, 2005). De acordo com Aggleton e Rios (1996; cit. por Ondulotu, 2005), o sucesso da TSC em contexto africano contrasta com a baixa eficácia de outros modelos de mudança comportamental que colocam a tónica em estratégias meramente educacionais e baseadas em discussões racionais, que tendem a marginalizar o contexto cultural e social que envolve a experiência individual. As abordagens meramente individualistas e demasiado racionais não funcionam em África porque (1) são contextos fortemente influenciados pela dimensão social e a aceitação dos pares é um factor motivacional muito marcante e a adesão às normas sociais chega a ser algo obrigatório; e também porque (2) a “maturidade sexual” é desenvolvida em tenra idade, numa fase em que os jovens podem não ter desenvolvido ainda a intelectualidade ao ponto de operarem a mudança comportamental de forma racional, baseada apenas em factos, para além de que muitos destes jovens não frequentam a escola e, como tal, as intervenções demasiado educativas e racionais vão para além do suporte académico destas populações (Ondulotu, 2005). Em África, apenas os modelos/teorias de mudança comportamental para o VIH/SIDA que integram as normas sociais, os critérios religiosos e a assunção das desigualdades de género, têm poder para desenvolver uma mudança comportamental realista (UNAIDS, 2001). É neste aspecto que a TSC, pela natureza social e interpessoal dos seus construtos, consegue atingir objectivos comportamentais que outros modelos não alcançam.

Em suma, a melhor forma de optar pelo quadro conceptual de uma teoria específica e avaliar a sua eficácia na redução do risco sexual é analisar e testar o seu suporte empírico e basear os seus estudos em populações diversificadas (Fisher & Fisher, 2000; Noar, 2007). Embora nem sempre possa ser eficaz, pois cria um mapa demasiado abrangente, há situações em que a combinação de teorias pode evidenciar-se como uma mais-valia no decorrer das investigações e intervenções de redução do risco

para o VIH/SIDA. Cada teoria pode ser vista como um conjunto de ferramentas que os investigadores podem utilizar em prol da mudança comportamental (Noar, 2007). De acordo com Kegler, Crosby e DiClemente (2002), as teorias mais recentes na prática da promoção da saúde apontam para a uma necessidade de expansão e inclusão de outros factores nos modelos de mudança comportamental. A revisão da literatura tem apontado para uma menor confiança nas abordagens meramente individualistas e uma maior integração de modelos que consideram as influências sociais e culturais. Este exercício poderá proporcionar uma visão mais ampla da compreensão dos comportamentos em saúde. Alguns exemplos de modelos emergentes mais abrangentes e inclusivos de factores sociais, essenciais à compreensão dos comportamentos sexuais são o Modelo de Informação-Motivação e Competências Comportamentais, a Teoria do Poder de Género e a Teoria de Conservação de Recursos. Tal como foi possível verificar, a importância destes factores sociais e culturais na mudança do comportamento sexual e, consequentemente, a necessidade de integração dos mesmos nas investigações e intervenções dirigidas à prevenção do VIH/SIDA, tem vindo a ser comprovada em contexto africano. Os africanos não são individualistas; as suas acções são muito guiadas por normas da comunidade e pelas práticas tradicionais. Portanto, tudo o que pretende atingir o comportamento individual, terá que primeiramente ser aceite pela comunidade. Isto não significa que a cultura africana é resistente à mudança, mas as intervenções dirigidas a estas populações devem ser sensíveis culturalmente e não contar apenas com as decisões individuais. A importância das normas sociais conceptualizadas na TSC abre caminho para as mudanças no contexto em que o comportamento ocorre (Ondutolu, 2005). O desenvolvimento e compreensão destas teorias emergentes ainda se encontram numa fase inicial, motivo pelo qual algumas delas (e.g. Teoria da Conservação de Recursos e Teoria do Poder de Género) não foram alvo de uma abordagem aprofundada neste capítulo. No entanto, a importância das suas aplicações é aqui reconhecida. Considera-se que estas devem ser amplamente testadas, pois a sua abrangência em termos de contextualização das variáveis pertinentes para a redução dos comportamentos sexuais de risco sugerem que estas poderão preencher as lacunas de alguns dos modelos mais individualistas e ineficazes na explicação e compreensão de um comportamento altamente interpessoal como é a actividade sexual.



**CAPÍTULO III – PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO  
DIRECCIONADOS PARA A PREVENÇÃO DO VIH/SIDA EM  
MULHERES SEXUALMENTE ACTIVAS**

---

No presente capítulo apresentaremos uma revisão da literatura acerca dos programas de intervenção direccionados para a prevenção do VIH/SIDA em mulheres sexualmente activas. Assim, será fundamentada a importância da existência dos programas de intervenção psicossocial na prevenção do VIH/SIDA na mulher e serão apresentados os diferentes tipos de programas de intervenção existentes neste âmbito: intervenções educativas breves, intervenções com treino de competências, intervenções comunitárias, e campanhas publicitárias. Finalmente, será feita uma reflexão crítica acerca dos diferentes tipos de programas de intervenção apresentados.

### **3.1. A Importância dos Programas de Intervenção Psicossocial na Prevenção do VIH/SIDA na Mulher**

Face a uma doença como o VIH/SIDA, para a qual não existe cura ou vacina, a prevenção reveste-se de uma importância crucial, tal como já foi referido anteriormente. A prevenção passa pelo desenvolvimento de estratégias que incidam sobre as componentes que vulnerabilizam a mulher, onde se incluem os factores de risco socioeconómicos, a percepção de invulnerabilidade, as desiguais relações de poder nos relacionamentos, entre outras, tal como se verificou nos capítulos anteriores. Assim, as intervenções que objectivam a mudança do comportamento têm sido uma componente muito importante nas estratégias de prevenção do VIH/SIDA (UNFPA, 2001). De acordo com O'Campo, Fogarty, Gielen, Armstrong e colaboradores (1999), as intervenções comportamentais continuam a ser o meio mais eficaz de prevenção face ao VIH/SIDA. As primeiras intervenções comportamentais destinadas a travar a propagação do VIH/SIDA foram desenvolvidas há mais de 25 anos, pouco tempo após o início da epidemia. As intervenções baseadas em rigorosas teorias de mudança comportamental têm demonstrado elevada eficácia na prevenção de diferentes tipos de comportamentos de risco. Estudos efectuados acerca da eficácia de intervenções comportamentais têm demonstrado o sucesso deste tipo de programas ao nível da redução do risco junto de utilizadores de drogas injectáveis e de vários grupos de risco em termos sexuais (Kalichman, 2008).

O VIH tem-se evidenciado um grave problema de saúde pública. No caso de muitos países africanos, onde se encontra o maior nível de incidência da doença (UNAIDS, 2008; UNFPA, 2001), colocando em risco a própria continuidade de algumas comunidades, a prevenção assume uma importância crucial (Marshall & Taylor, 2006). É urgente a mudança comportamental, através de programas de prevenção que visam a identificação, avaliação e implementação de métodos preventivos que tentam evitar o risco de novas infecções. Aqui, deve ser dada especial atenção às populações mais vulneráveis, onde se inclui a feminina. Em África, do total de adultos infectados, cerca de 59% corresponde a mulheres (Floriano, 2006).

As intervenções dirigidas a mulheres sempre estiveram atrasadas em relação às intervenções focadas na população masculina, na medida em que as mulheres foram deixadas de fora dos esforços iniciais de prevenção do VIH/SIDA (UNAIDS, 2001). De acordo com Logan, Cole e Leukefeld (2002), a própria revisão da literatura acerca dos

programas de prevenção do VIH na mulher eram inexistentes nos anos anteriores à década de 90, devendo-se isto ao facto dos anos 90 constituírem o marco na elevação das taxas de transmissão do VIH por via heterossexual nas mulheres. Assim sendo, só a partir desta fase é que os investigadores reconheceram as diferenças de género e a vulnerabilidade feminina para a doença, o que despoletou o início do desenvolvimento dos primeiros estudos acerca do VIH na mulher, nos EUA. Actualmente, as relações de género e os aspectos contextuais passaram a ser percebidos como centrais na abordagem dos comportamentos sexuais e, portanto, incluídos no seio das investigações e intervenções na área do VIH/SIDA. De acordo com Paiva (2002), hoje em dia, em todo o mundo, várias experiências têm desafiado o contexto sociocultural e psicossocial em que vivem as pessoas mais vulneráveis ao VIH, onde se discute as normas culturais para o género, aumentando a consciência da vulnerabilidade social, capacitando as pessoas para serem agentes da sua própria saúde, aumentando as suas competências de comunicação com os parceiros ou de reivindicação ao direito a serviços de saúde (Paiva, 2002).

A prevenção das ISTs e do VIH/SIDA depende da consciência do risco e de um real conhecimento da doença e formas de contágio e protecção. É necessário haver uma auto-percepção adequada para se conseguir evitar comportamentos e situações de risco (Silveira, Béria, Horta & Tomasi, 2002). Neste seguimento, têm-se desenvolvido vários programas com vista à promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/SIDA dirigido especificamente a mulheres (Guerra & Lima, 2005; Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton, & Sheperd, 1994; McIntyre & Costa, 2004; Vieira et al., 2003; Costa, 2007) que abordam aspectos chave, tais como, a avaliação dos conhecimentos sobre o VIH/SIDA e outras ISTs, atitudes face ao preservativo, práticas de risco; aprofundamento dos conhecimentos sobre as formas de transmissão, formas de prevenção, rastreios, etc; aumento da sensibilidade para o risco para a SIDA e outras ISTs, desenvolvimento de atitudes positivas face ao uso do preservativo e técnicas sobre o uso correcto do mesmo; realce da importância da comunicação e assertividade e melhoria dessas capacidades, incluindo, a negociação; identificação dos comportamentos antecedentes de risco e estratégias de orientação para alternativas de sexo seguro, e disponibilização de informação sobre o acesso a preservativos (Guerra & Lima, 2005; Hobfoll et al., 1994). Vários programas de intervenção deste cariz recorrem a diversas estratégias e técnicas. Algumas destas técnicas passam por resumos elaborados pelo líder do grupo, tempestade de ideias, resolução de problemas, *feedback*, fornecimento de material

informativo, instruções de modelagem, exercícios práticos, jogos de papel (Guerra & Lima, 2005), aprendizagem activa, discussão em grupo, imaginação guiada, *role play*, treino da assertividade, e visualização de filmes didácticos sobre comportamentos de risco e comportamentos protectores (Hobfoll et al., 1994; McIntyre & Costa, 2004, Costa, 2007).

Hobfoll (1994), um investigador que tem vindo a desenvolver vários trabalhos no âmbito da intervenção e da investigação em termos de prevenção do VIH/SIDA na população feminina, nomeadamente, afro-americana, defende que um programa de prevenção eficaz comporta as seguintes componentes: (1) proporcionar informação correcta acerca da transmissão da doença e alternativas para o sexo seguro, (2) aumentar o sentido de risco pessoal, (3) aumentar as competências para a realização de comportamentos sexuais seguros, (4) aumentar as crenças acerca da possibilidade de realização de comportamentos sexuais seguros com sucesso, (5) aumentar o suporte social para comportamentos sexuais seguros, e (6) adequar o comportamento ao contexto cultural do grupo alvo. Também Exner, Seal e Ehrhardt (1997) realizaram um estudo de revisão acerca das intervenções que visam a redução do risco para a infecção pelo VIH na mulher, tendo concluído que um programa de intervenção desta natureza, para ser bem sucedido, necessita de incluir aspectos como (1) a identificação das condições ambientais, para além das individuais, que podem impedir a mudança do comportamento; (2) o estudo e a abordagem de variáveis de género, que tornem as intervenções mais específicas e adaptadas culturalmente; (3) o enfoque num maior nível comunitário, que avalie resultados a longo prazo; (4) a compreensão dos comportamentos sexuais a longo prazo e a inclusão de métodos de redução do risco e de barreiras face ao sexo seguro; e (5) a apresentação de resultados de forma clara e detalhada, que ilumine investigações e intervenções posteriores, onde sejam descritas questões primordiais como, por exemplo, o poder de análise, a amostra, prazos de seguimento e avaliação, e operacionalização clara dos resultados comportamentais; introdução de marcadores de confiança e validade (e.g. marcadores biológicos), e controle de qualidade dos procedimentos.

Na sequência de uma meta-análise acerca das intervenções comportamentais para a redução do risco face ao SIDA, Noar (2008) refere que as intervenções comportamentais têm-se evidenciado muito eficazes na redução de vários comportamentos de risco para a infecção pelo VIH. Este estudo de revisão, que teve por base uma análise exhaustiva de vários estudos acerca da eficácia de numerosas

intervenções, refere que a intervenção comportamental aumenta as hipóteses do uso do preservativo até 34%, diminui as hipóteses de sexo desprotegido até 32%, diminui o número de parceiros sexuais até 15%, diminui a infecção de novas ISTs até 35%, e diminui as probabilidades de comportamentos de risco (avaliadas pelo índice de comportamentos sexuais de risco) até 28%.

A divulgação dos resultados acerca das intervenções dirigidas à prevenção do VIH/SIDA desempenha um papel muito importante na redução do risco desta doença, assim como de outras ISTs (Collins, Harshbarger, Sawyer & Hamdallah, 2006). Assim, considera-se primordial divulgar o nível de eficácia destas intervenções e as componentes que as integram, de forma a iluminar as práticas futuras. A revisão da literatura acerca das intervenções dirigidas à prevenção do VIH/SIDA na mulher sugere que os programas de intervenção desenvolvidos se dividem sobretudo em dois grandes grupos: as intervenções educativas e as intervenções com aquisição de competências, podendo estas ser desenvolvidas de forma individual, em pequeno grupo ou a nível comunitário. De acordo com Exner, Seal e Ehrhardt (1997), as intervenções que se focam exclusivamente ou primordialmente em proporcionar informação acerca do VIH, com ausência de aquisição de competências pessoais e relacionais, tendem a ter um impacto limitado na mudança comportamental face à prevenção do VIH. No entanto, os estudos efectuados sugerem que todo o tipo de intervenção (educativa, com treino de competências, comunitárias, por via dos *mass media*, etc.) apresentam benefícios, desde que cuidadosamente adaptadas. Por outro lado, também apresentam algumas limitações.

Neste seguimento, passaremos a descrever a revisão de algumas destas intervenções dirigidas à prevenção do VIH na mulher, quer em termos gerais, em contexto americano e europeu, mas também com população especificamente africana, quer no próprio continente africano, quer em contexto migratório (e.g. mulheres afro-americanas). Os EUA, um país pioneiro em investigações acerca do VIH na mulher, vem, desde o início desta epidemia e do surgimento dos primeiros estudos nesta área, demonstrar que a mulher afro-descendente se encontra desproporcionalmente mais representada em termos de incidência do VIH/SIDA do que mulheres pertencentes a outras etnias (CDC, 1994; cit. por Guinan & Leviton; Brunswick & Banaszak-Holl, 1996). Por esta razão e dada a escassez de estudos acerca da eficácia das intervenções implementadas no continente africano, passaremos a apresentar os resultados relativos à eficácia de algumas intervenções dirigidas especificamente a mulheres afro-americanas, para além das desenvolvidas no continente africano.

### **3.2. Intervenções Educativas Breves**

O processo educativo continua a ser a mais simples e frequente tentativa de mudança comportamental, onde é fornecida ao indivíduo informação relevante para o comportamento de saúde que se quer modificar (Bennett & Murphy, 1999). As intervenções educativas focam-se, essencialmente, na passagem de informação acerca das formas de transmissão e de prevenção do VIH, e decorrem quer individualmente, quer em grupo (Exner, Seal & Ehrhardt, 1997). De acordo com a UNESCO (2002), a educação é uma das principais armas no combate ao SIDA, sendo que, nas últimas décadas se têm desenvolvido muitas investigações e estratégias de prevenção, dirigidas a grupos específicos, entre os quais grupos de mulheres, baseadas nas componentes educativas.

As abordagens educativas são um passo crucial na prevenção do SIDA, mas apenas quando a linguagem dos seus participantes é valorizada. As abordagens educativas só são eficazes se conseguirem quebrar o silêncio e a invisibilidade social dos participantes, principalmente, os mais oprimidos (Paiva, 2002), que vulgarmente são mulheres e, principalmente, mulheres provenientes de contextos sociais desfavorecidos. Os programas de prevenção do VIH/SIDA direccionados para a informação, educação e comunicação são mais eficazes quando criam um ambiente de partilha entre as pessoas e envolvem líderes políticos, religiosos ou comunitários, que mudam as normas da comunidade e não apenas as individuais (UNFPA, 2001).

Outro aspecto importante que a literatura tem vindo a referir em relação a este tipo de intervenção, é que devem passar mensagens instrutivas e positivas e não informação que instale o medo ou a desconfiança. Neste seguimento e de acordo com Ayres (2002), desde os primeiros anos do surgimento da epidemia do VIH/SIDA que se chegou à conclusão de que as campanhas informativas que recorrem ao susto e ao caminho do terror são ineficientes e estéreis, pois afastam mais do que aproximam as pessoas da informação. Este tipo de campanhas de prevenção “de choque” encontram dificuldade em criar identidades, associações e motivações que levem as pessoas a mudar os seus comportamentos sexuais ou relativos à utilização de drogas injectáveis. Verificou-se que o terror criado à volta deste tipo de campanhas ajudava a gerar e a aumentar a discriminação e o preconceito, sendo estes um dos maiores aceleradores da epidemia e das componentes que se pretende que sejam combatidas.

Na opinião de O'Leary e Wingood (2000), as intervenções educativas breves apresentam aspectos positivos e negativos. Como vantagem, os autores defendem que permitem maior oportunidade de intervenção, identificando os alvos facilmente, nomeadamente, nos locais de tratamento das ISTs. Por outro lado, as suas desvantagens prendem-se com o facto de serem demasiado breves e, portanto, limitadas na quantidade de competências que oferecem. Neste seguimento, no decorrer do desenvolvimento de um estudo de revisão acerca das intervenções de prevenção do VIH na mulher, Exner, Seal e Ehrhardt (1997) debruçaram-se sobre o impacto das intervenções preponderantemente de carácter informativo que se desenvolveram no decorrer da década de 90. Após a recolha e análise da literatura acerca das várias intervenções desenvolvidas neste domínio, estes autores concluíram que este tipo de intervenção informativa é importante, mas não tem um impacto significativo em termos de mudança comportamental. Segundo Logan, Cole e Leukefeld (2002), este tipo de intervenção educativa, de forma individualizada, que usa estratégias cognitivo-comportamentais, tem-se mostrado especialmente eficaz no treino de competências sociais e ocupacionais.

Apesar das suas limitações, quando comparadas a outro tipo de intervenção mais longa no tempo e que oferece aquisição e treino de competências, as intervenções educativas, apresentam alguns pontos fortes e demonstram ser eficazes ao nível de algumas variáveis. Por exemplo, Chernoff e Davison (2005) avaliaram o potencial de mudança comportamental de uma intervenção educativa breve em 155 jovens (média de idade de 20.7 anos) estudantes, norte-americanos, de ambos os sexos (77 homens e 78 mulheres). Os participantes foram distribuídos pelo grupo experimental, a condição de intervenção, e pelo grupo de controlo. Os estudantes abrangidos pelo grupo experimental passaram por uma sessão educativa de vinte minutos, com passagem de informação acerca do VIH, sobretudo, informação acerca da prevalência da doença e da importância de quatro comportamentos específicos (uso do preservativo, número de parceiros, comunicação com o parceiro acerca do sexo seguro, e a importância de reflectir acerca da articulação entre as drogas e o álcool e as relações sexuais desprotegidas) e, ainda, o estabelecimento de metas pessoais na direcção de comportamentos futuros mais seguros. Aos jovens do grupo de controlo foram fornecidos apenas panfletos informativos acerca do VIH/SIDA. Houve dois momentos de avaliação, um pré-teste 30 dias antes da intervenção e um pós-teste 30 dias após a intervenção. O questionário de pós-teste demonstrou que os jovens pertencentes ao grupo experimental demonstraram melhores resultados do que os jovens do grupo de



controlo no que se refere às médias de algumas medidas relacionadas com comportamentos sexuais mais protegidos. Foi possível constatar que, do pré-teste para o pós-teste, em termos de médias, os homens do grupo de intervenção exibiram maior uso do preservativo (64.3 vs 76.7) do que os elementos do mesmo sexo pertencentes ao grupo de controlo (48.5 vs 38.6). No que se refere à diminuição do números de parceiros não houve dados significativos a registar quer do pré-teste para o pós-teste, quer entre os grupos. No que se refere às mulheres, verificou-se que do pré-teste para o pós-teste, as do grupo de intervenção diminuíram o número de parceiros sexuais (1.2 vs 1), enquanto as mulheres do grupo de controlo aumentaram (1.2 vs 1.5). Este estudo reforça a ideia de que as intervenções breves podem ser bastante eficazes na promoção de comportamentos sexuais mais seguros, nomeadamente, entre as camadas mais jovens.

Belcher, Kalichman e Topping (1998) desenvolveram uma investigação com 74 mulheres norte-americanas de baixo rendimento. Testaram a eficácia de uma intervenção breve de prevenção do VIH, individual e de uma única sessão, fundamentada nos princípios do Modelo de Informação Motivação e Competências Comportamentais. Assim, compararam esta intervenção breve de uma sessão com treino de competências, com outra intervenção educativa (grupo de controlo). As avaliações incluíram o pré-teste e *follow-up* de um e três meses. Foram avaliadas as seguintes variáveis: conhecimento acerca do VIH, intenções de mudança comportamental, auto-eficácia para o uso de preservativo, comportamento sexual, e uso do preservativo. Os resultados do estudo indicaram que, em comparação com o grupo de controlo, as mulheres que receberam a condição de aquisição de competências comportamentais numa única sessão, relataram taxas mais elevadas de uso do preservativo durante a relação vaginal, e menos relações sexuais desprotegidas (de 26 para 8 no grupo experimental, de 25 para 17 no grupo de controlo). No seguimento de três meses foi possível observar que as participantes do grupo experimental relataram um maior aumento no uso do preservativo (de 22% para 66% no seguimento de 3 meses) em relação às participantes do grupo de controlo (de 27% para 43%). Estes resultados demonstram que uma intervenção breve, individual, que inclui a aprendizagem de competências comportamentais e a melhoria dos níveis motivacionais é eficaz na redução do risco face ao VIH nas mulheres pobres em risco para a infecção.

Na China, a adaptação de uma intervenção educativa, desenvolvida por Chen e Liao (2005), com 100 mulheres utilizadoras de drogas, demonstrou que esta foi eficaz

ao nível de alguns indicadores de risco para o SIDA, sobretudo, ao nível do aumento de conhecimentos acerca da transmissão e prevenção da doença. Do pré-teste para o pós-teste, foi possível verificar uma alteração positiva no nível de respostas correctas acerca do VIH/SIDA de 33.7% para 98.67%, respectivamente. Também os valores acerca da utilização do preservativo revelaram algumas melhorias do pré-teste para o pós-teste, nomeadamente, no que se refere ao facto de nunca ter usado o preservativo (77% vs 45.7%), de usar ocasionalmente (18% vs 30.4%), de usar frequentemente (2% vs 16.3%), e usar sempre que tem relações sexuais (1% vs 7%). Os resultados desta investigação sugerem que as intervenções educativas têm potencial para alterar positivamente algumas variáveis comportamentais relacionadas com as práticas sexuais em mulheres de risco para a aquisição do VIH.

Ainda em contexto chinês, também Li, Wang, Fang, Zhao, Stanton, Hong, Dong e colaboradores (2006) adaptaram uma intervenção norte-americana de aconselhamento relativamente à prevenção de ISTs designada de “*Respect*”, dirigida a mulheres profissionais do sexo. Esta foi uma intervenção de aconselhamento de 2 sessões breves (aproximadamente 25 minutos cada). Na primeira sessão foram abordadas questões como o planeamento da redução do risco sexual, planeamento de redução de barreiras face ao uso do preservativo, determinação de objectivos, etc. A segunda sessão decorreu após o teste para identificação da aquisição de alguma IST (7-10 após a primeira sessão) e aqui foram abordados temas como os conhecimentos acerca das ISTs e os seus sintomas, fracasso ou sucesso do plano de acção traçado aquando da primeira sessão, abordagem à utilização do preservativo, etc. O grupo de controlo passou pelos mesmos exames ginecológicos que o grupo de intervenção e foram-lhe cedidos panfletos didácticos acerca da saúde sexual. A ambos os grupos foram disponibilizados preservativos, assim como, encaminhamento médico e psicossocial, quando necessário. As avaliações decorreram antes da intervenção (pré-teste) e seis meses após a intervenção (pós-teste). Assim, participaram 141 mulheres no grupo experimental e 137 no grupo de controlo, com uma média de idades de aproximadamente 24 anos. Os resultados demonstraram maiores ganhos para o grupo de intervenção no que se refere a algumas variáveis protectoras em termos de comportamento sexual. Por exemplo, as mulheres do grupo de intervenção demonstraram um maior aumento do uso consistente do preservativo, do que as mulheres do grupo de controlo (18.6% vs 9.6%;  $p < .05$ ). Além disso, será importante apresentar os resultados acerca da incidência de algumas ISTs, de forma específica. No pré-teste, um total de 41% das mulheres avaliadas (ambos

os grupos) demonstrou possuir, pelo menos uma das cinco ISTs testadas; após seis meses, e depois de receberem tratamento gratuito, a percentagem de infecção foi de 29.1% para o grupo de intervenção e 41% para o grupo de controlo para, pelo menos, uma IST ( $p<.05$ ). Será também importante referir que antes da intervenção, 6% das mulheres do grupo de intervenção apresentou diagnóstico positivo para sífilis, resultado este que se manteve no pré-teste; já no grupo de controlo, a percentagem foi de 8% no pré-teste, e 11% no pós-teste, registando-se assim um aumento ao nível desta IST em particular. Já em relação a gonorreia, a infecção foi maior para as mulheres do grupo de controlo, quer no pré-teste (17.5% vs 13.7%), quer no pós-teste (10.4% vs 8.5%). Porém, nenhuma destas diferenças atingiu significância estatística. No que se refere à clamidíase, no pré-teste, esta foi mais prevalente entre as mulheres do grupo de intervenção, do que do grupo de controlo (21.6% vs 13.1%); após seis meses, a sua incidência foi menor no grupo de intervenção do que no grupo de controlo (14.2% vs 21.5%). Perante estes resultados, não há dúvidas de que a intervenção de aconselhamento breve se evidenciou eficaz junto deste grupo de prostitutas chinesas. O facto desta se ter baseado essencialmente na avaliação da incidência de ISTs, um marcador biológico objectivo, reforçou ainda mais a eficácia da intervenção, dado os resultados não incorrerem apenas no relato das participantes, o que, por vezes, é susceptível de viés.

Maibach e Flora (1993) desenvolveram um estudo onde testaram a hipótese de que a auto-eficácia é susceptível de ser melhorada de forma mais eficaz através da modelagem simbólica da informação acerca da redução do risco, encorajando também o ensaio cognitivo, comparativamente a uma simples apresentação de informação de redução do risco. Assim, numa única sessão, foram distribuídas 138 mulheres solteiras, recrutadas em clínicas de cuidados para ISTs, por uma das três condições em termos de visualização de videocassetes: informação acerca da redução do risco para a aquisição do SIDA, informação acompanhada de modelagem de redução de comportamentos de risco (onde foram apresentadas algumas sequências de negociação da sexualidade segura com o parceiro), ou informação acompanhada de modelagem, adicionando a oportunidade de ensaio cognitivo dos comportamentos modelados pelas participantes, ou seja, com prática mental da negociação do sexo seguro com o seu parceiro. A avaliação decorreu no pós-teste e no seguimento de 1 mês e centrou-se nas mudanças ao nível da auto-eficácia e numa variedade de comportamentos relevantes para a protecção face ao VIH/SIDA como, por exemplo, a compra de preservativos. Os resultados deste

estudo demonstraram que a auto-eficácia na prevenção do VIH/SIDA aumentou significativamente nas participantes da condição que combinava informação, modelagem e ensaio com sistema vídeo, enquanto que as participantes da condição que combinava informação e modelagem com sistema vídeo demonstraram um nível intermédio de aumento. Não se verificou aumento da auto-eficácia na condição informativa. Em termos de mudança comportamental, o grupo submetido ao ensaio cognitivo relatou comprar mais preservativos e conversar mais com os amigos sobre a sexualidade e o VIH, em comparação com o grupo que tinha sido exposto apenas à vertente informativa. Assim, os autores concluem que a modelagem simbólica e o ensaio cognitivo, implementados em intervenções breves, constituem estratégias eficazes para melhorar as percepções de auto-eficácia, através de meios audiovisuais, na população feminina.

Apesar de actualmente a literatura sugerir que este tipo de intervenção educativa breve é insuficiente para operar uma mudança comportamental efectiva, estes programas foram pioneiros na prevenção do VIH/SIDA na população feminina (Costa, 2007). Além disso, há investigações que apontam para o facto de que, em certas circunstâncias, as intervenções educativas breves podem ser tão eficazes como as intervenções de múltiplas sessões e/ou com treino de competências. Por exemplo, em 1994, Nyamanthi, Flaskerud, Bennet e colaboradores avaliaram a eficácia de intervenções breves na redução do risco sexual em mulheres residentes nos E.U.A., de origem latina ( $n=213$ ), socioeconomicamente desfavorecidas. Comparou-se uma intervenção educativa de uma hora, com um programa com treino de competências de duas horas. A intervenção educativa incidiu sobre a passagem de informação básica acerca da doença (e.g. formas de transmissão e protecção) e sobre a abordagem de recursos comunitários (aconselhamento para a realização do teste para o VIH). Além disso, proporcionou a visualização de uma videocassete sobre as práticas de elevado risco associadas com a transmissão do VIH, sinais, sintomas e estigma. A intervenção com treino de competências incluiu passagem de informação acerca do VIH e a visualização da mesma videocassete, mas também se debruçou no aumento de competências para redução do risco sexual (e.g. treino da colocação do preservativo), treino de resolução de problemas (*coping* focado no problema), ensino de técnicas para melhorar a auto-estima e os sentimentos de controlo, fornecimento de material informativo, e cedência de informação acerca de recursos comunitários. Os resultados desta investigação demonstraram que as mulheres, em ambas as intervenções,

melhoraram significativamente nos resultados cognitivos, comportamentais e psicológicos, excepto na questão do *coping* focado no problema. Assim, demonstraram diminuição na avaliação da ameaça, preocupações actuais, *distress*, depressão, comportamentos de risco e uso de drogas, para além de terem aumentado o seu nível de conhecimentos. Estas melhorias ocorreram nas mulheres pertencentes a ambos os grupos de intervenção, o que parece sugerir que as intervenções que integram conteúdos gerais acerca da redução do risco podem ser suficientes para abordar as necessidades das mulheres que se encontram numa situação precária em termos socioeconómicos. Os autores concluem que a eficácia da intervenção educativa breve pode ser explicada pelo carácter mais difuso da intervenção especializada.

Em suma, há evidência de que as intervenções educativas breves conseguem atingir resultados positivos e satisfatórios ao nível de comportamentos preventivos para o VIH. No entanto, deve-se ter em atenção as suas limitações e as circunstâncias em que se desenvolvem. De acordo com Rocha (2007), o trabalho educativo para a prevenção do VIH/SIDA deve partir da perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos e incluir uma análise das desigualdades económicas e sociais entre os géneros, que persiste na maioria das sociedades mundiais. Assim, entende-se que a eficácia das intervenções, nomeadamente as educativas, depende das características da população a quem se dirigem, assim como, do contexto onde se desenvolvem. Assim sendo, após a abordagem à eficácia de algumas intervenções educativas em geral, passar-se-á à descrição e análise de alguns estudos que se debruçaram na eficácia destes programas exclusivamente em população feminina africana.

### **3.2.1. Eficácia de Intervenções Educativas Breves com População Africana e Afro-Americana**

No continente africano, Agha (2002) procedeu à avaliação de uma intervenção educativa focada na saúde sexual com pares, com 759 jovens (média de idade de 17.9), de ambos os sexos (57% do sexo masculino e 43% do sexo feminino), estudantes de escolas secundárias da Zâmbia. Os jovens foram distribuídos por dois grupos distintos: o experimental e o de controlo. Os estudantes pertencentes ao grupo experimental passaram por uma intervenção educativa de uma sessão, onde foi canalizada informação acerca do SIDA, formas de prevenção e contágio, importância da abstinência em tenra idade, importância da comunicação nas relações, e a necessidade da negociação do preservativo com os parceiros. Os estudantes do grupo de controlo participaram numa

sessão alusiva à importância da purificação da água nas comunidades zambianas. Os resultados deste estudo demonstram que os alunos expostos à intervenção experimental evidenciaram melhores resultados em várias variáveis comportamentais para a protecção sexual do que os do grupo de controlo. No pós-teste, em comparação com o grupo de controlo, os alunos do grupo de intervenção tinham 3.9 vezes mais probabilidade de acreditar que a abstinência evita a infecção pelo SIDA, 1.5 vezes mais probabilidade de acreditar que o preservativo é eficaz na prevenção do SIDA, 1.3 vezes mais probabilidade de acreditar que o preservativo é eficaz na prevenção de outras ISTs, 1.9 vezes mais probabilidade de acreditar que o VIH é incurável, e 0.7 vezes mais probabilidade de se percepcionarem em risco para a infecção pelo VIH. Os resultados desta investigação realçam a eficácia das intervenções educativas entre os jovens e encorajam a intervenção em meio escolar como forma de aceder facilmente à população feminina mais jovem, no sentido de capacitá-la em matéria de prevenção do VIH e outras ISTs. Estas medidas são muito importantes no contexto africano, onde a população mais atingida pela infecção é sobretudo feminina e jovem.

Em contexto sul-africano, James, Reddy, Ruiter, Taylor, Jinabhai, Empelen e Borne (2005) desenvolveram uma intervenção didáctica, baseada na visualização de uma foto-novela com conteúdos preventivos face ao SIDA, com 1168 alunos de escolas secundárias. As avaliações de pós-teste e seguimento revelaram que esta leitura pedagógica resultou num aumento dos conhecimentos acerca da prevenção e contágio do VIH, numa mudança positiva de atitude em relação ao uso do preservativo e às pessoas seropositivas, assim como, num aumento da intenção para o uso do preservativo. Desta forma, os autores concluem que este tipo de intervenção didáctica e criativa breve pode ser uma estratégia eficaz para aceder a um grande número de jovens e sensibilizá-los para os comportamentos preventivos.

As mensagens educativas são mais assimiladas e seguidas quando o emissor da mensagem é alguém relevante para o receptor. Este facto foi confirmado pelo estudo de Clark, Friedrich, Ndlovu, Neilands e McFarland (2006) com adolescentes estudantes zimbabueanos de ambos os sexos ( $n=304$ ). Esta investigação avaliou a eficácia de uma intervenção educativa para a prevenção do VIH, cujos interlocutores eram jogadores de futebol profissionais muito famosos e admirados entre a população jovem do Zimbabué. Assim, os participantes foram distribuídos pelo grupo de intervenção, com a integração dos jogadores como formadores, e um grupo de controlo. Os resultados desta investigação demonstraram melhores resultados ao nível dos conhecimentos acerca da

doença e das atitudes para com as pessoas infectadas, no grupo de intervenção, do que no grupo de controlo. Os membros do grupo de intervenção também se sentiram mais impulsionados a difundir a mensagem que receberam a terceiros, do que os elementos do grupo de controlo. Este estudo evidenciou que as intervenções educativas que recorrem a modelos significativos são eficazes na prevenção do VIH, sobretudo junto da população mais jovem. Os autores concluem que este tipo de intervenção, que consideram eficaz, realista, inovadora, disponível e culturalmente apropriada, deveria ser disseminada por outros países da África Subsaariana onde o VIH se apresenta como um verdadeiro flagelo e onde é necessário atacá-lo junto dos mais jovens.

Uma forma de prevenção através de aconselhamento breve e rastreio muito usual nos países em vias de desenvolvimento e altamente afectados pela infecção pelo VIH/SIDA passa pela intervenção desenvolvida pelos Centros de Testagem e Aconselhamento (UNAIDS, 1998; 1999). Os Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária para o VIH (GATV) (*HIV Voluntary Counseling and Testing - VCT*) são uma componente integrante da prevenção e testagem voluntária desenvolvida um pouco por todo o mundo. No entanto, a sua disseminação em larga escala deu-se sobretudo em países onde os níveis de infecção são muito elevados e onde estes serviços ocupam um lugar privilegiado em termos de resposta ao VIH/SIDA. Os GATV foram criados com o objectivo de combinar um aconselhamento personalizado em termos de prevenção e/ou encaminhamento para tratamento, com a testagem voluntária para o VIH (Denison, O'Reilly, Schmid, Kennedy & Sweat, 2008). Uma investigação desenvolvida em Moçambique por Mola, Mercer, Asghar, Gimbel-Sherr, Gimbel-Sherr, Micek e Gloyd (2006) apresenta resultados positivos quanto à eficácia do aconselhamento nos GATV no aumento do uso do preservativo, em população de ambos os sexos ( $n=598$ ). Quando comparado com um grupo de controlo (aconselhamento em consultas de clínica geral e pré-natal), os indivíduos que passaram por uma sessão de aconselhamento GATV, numa avaliação de seguimento de seis meses, relataram utilizar mais frequentemente o preservativo com profissionais do sexo (88% vs 73%), usar sempre o preservativo nas suas relações sexuais (76% vs 63%), e ter usado o preservativo na última relação sexual (71% vs 47%).

Um estudo de revisão desenvolvido por Wolitski, em 1997, refere que os efeitos da intervenção dos GATV na mudança comportamental variam muito de acordo com o tipo de população e o *design* da investigação (Wolitski, 1997; cit. por Denison et al., 2008). No entanto, um outro estudo de revisão efectuado pelo mesmo autor, em 1999,

refere que este tipo de intervenção parece surtir um especial efeito, ao nível da prevenção em casais discordantes em termos de seropositividade (Wolitski, 1999; cit. por Denison et al., 2008). Os estudos acerca da eficácia deste tipo de intervenção específica são escassos e inconclusivos, sobretudo no que diz respeito aos países em vias de desenvolvimento, o que impulsionou Denison e colaboradores (2008) a desenvolverem uma meta-análise sobre a eficácia da intervenção dos GATV focada exclusivamente nos países em vias de desenvolvimento. Os resultados deste estudo referem que o aconselhamento prestado pelos GATV tem um efeito moderado sobre o comportamento sexual desprotegido. Esta meta-análise confirma os resultados encontrados em estudos similares anteriores, verificando que este tipo de intervenção é especialmente eficaz ao nível do impulsionamento da utilização do preservativo nos casais em que um dos membros descobre ser seropositivo (casais discordantes). Apesar da falta de informação acerca da eficácia em termos de prevenção, o alargamento deste tipo de serviços tem sido encorajado pela Organização das Nações Unidas (ONU), que reconhece os seus benefícios sobretudo em termos de testagem e encaminhamento para o tratamento antiretroviral (ONU, 2001; cit. por Denison et al., 2008). Neste seguimento, Green, Halperin, Nantulya e Hogle (2006), baseados na realidade ugandesa, também são da opinião que a acção dos GATV não surte grandes efeitos em termos de prevenção do VIH, sendo muito mais efectiva no diagnóstico precoce e no apoio dado à população seropositiva. Adicionalmente, Hitt, Robbins, Galbraith, Todd, Patel-Larson, McFarlane, Spikes e Carey (2006) são da opinião de que os Gabinetes de Aconselhamento e Testagem (em contexto norte-americano) são uma forma equilibrada de combinar duas componentes importantes em matéria de prevenção do VIH/SIDA : a realização do teste e o aconselhamento face à prevenção.

Ainda em relação à eficácia dos GATV em matéria de prevenção, a UNAIDS (2001) apresenta a revisão de alguns estudos acerca da importância e eficácia destes serviços em vários contextos a nível mundial, relevando a importância destes em cenários mais desfavorecidos. Assim, refere que os testes de aconselhamento efectuados nos GATV podem funcionar como o primeiro passo de um *continuum* em termos de mudança comportamental para a prevenção. Por exemplo, numa zona rural do Uganda, num local que apresentava elevada prevalência de infecção pelo VIH, a maioria dos inquiridos numa investigação referiu que já tinha operado mudanças comportamentais devido ao SIDA, mas que a intenção de desenvolver mais mudanças estava dependente do conhecimento do seu seroestado para o VIH (Bunnell, 1996; cit. por UNAIDS,



2001). Depreende-se assim que a testagem promove a redução do risco, pois aumenta a percepção de risco, a auto-eficácia, as competências pessoais, assim como, o reforço das normas e responsabilidade pessoal (Zoyza, 1995; cit. por UNAIDS, 2001). Em 1991, uma revisão de vários estudos acerca do aconselhamento e testagem na África, Austrália, Europa e América do Norte, demonstrou que estes promovem substancialmente a redução do risco em casais discordantes (Higgins, 1991; cit. por UNAIDS, 2001), confirmando assim os resultados dos estudos de outros autores mencionados anteriormente (e.g. Wolitsiki, 1997). Uma outra investigação desenvolvida em três países em vias de desenvolvimento (Quênia, Tanzânia, e Trindade e Tobago), demonstrou que os casais que receberam aconselhamento breve e testagem nos GATV reduziram o sexo desprotegido, especialmente em casais serodiscordantes ou seropositivos concordantes. Os resultados desta investigação demonstraram que os serviços de GATV produziram mudanças significativas na redução de práticas de risco sobretudo com parceiros não primários (Coates, 1998; cit. por UNAIDS, 2001). De acordo com estes resultados, é possível depreender que este tipo de aconselhamento breve prestado pelos GATV aquando da testagem, surte efeitos positivos em termos de prevenção, nomeadamente, ao nível da percepção de risco, e de práticas sexuais mais seguras com parceiros casuais.

A literatura tem vindo a referir que as intervenções breves que se preocupam com os pormenores de sensibilidade cultural são mais eficazes do que aquelas que ignoram essa questão. Esta constatação é válida para a população feminina afro-americana. Neste seguimento, ainda nos primórdios da investigação acerca da eficácia das intervenções psicossociais centradas na prevenção do VIH na população feminina, Kalichman, Kelly, Hunter e colaboradores (1993) desenvolveram uma investigação com 106 mulheres afro-americanas, que objectivou testar a eficácia das intervenções de uma só sessão adaptadas culturalmente para minorias étnicas. As participantes foram recrutadas a partir de projectos de realojamento da cidade de Chicago, sendo distribuídas aleatoriamente para a visualização de um de três filmes pré-seleccionados: um filme de serviço público com informação estandardizada acerca do VIH/SIDA; o mesmo filme de serviço público com informação estandardizada, mas com um apresentador do mesmo sexo e etnia das participantes; e um filme com a mesma informação, mas enquadrada no contexto das participantes. Os resultados deste estudo demonstraram que as mulheres que assistiram ao filme apresentado por uma mulher da mesma etnia foram aquelas que se apresentaram mais sensibilizadas para a questão do

VIH, tendo demonstrado maior probabilidade de falar sobre SIDA com os amigos, de terem realizado o teste para o VIH no intervalo de seguimento, e de solicitar o uso do preservativo aos seus parceiros durante o tempo de seguimento.

Alguns estudos também têm vindo a referir que a passagem de informação de forma hierarquizada poderá ser uma metodologia mais eficaz do que a focalização numa única mensagem precisa. Por outro lado, há quem defenda que a passagem de informação acerca dos métodos mais eficazes na prevenção do VIH deve ser mais direccionada para um objectivo específico. Na tentativa de averiguar qual a alternativa mais eficaz, Miller, Murphy, Clark, Hamburger e Moore (2004) desenvolveram um estudo onde testaram a eficácia de dois tipos de intervenção educativa cujo foco principal passou pela promoção da eficácia percebida da utilização do preservativo masculino. Assim, recrutaram 112 mulheres de origem afro-americana e mexicana, com idades compreendidas entre os 18 e os 32 anos, em risco para o SIDA, e distribuíram-nas aleatoriamente por 2 grupos: um destinado à passagem de informação de forma hierarquizada ( $n=56$ ), onde foi estimulada a utilização do preservativo masculino, caso não seja viável, a utilização do preservativo feminino, caso não seja possível, o acesso a espermicidas; o outro, destinado a receber informação com mensagens precisas apenas alusivas ao preservativo masculino ( $n=56$ ). Comparativamente com o primeiro grupo, o grupo que passou pela intervenção educativa focalizada apenas na promoção do preservativo masculino, evidenciou-se mais eficaz no que se refere à percepção de eficácia do preservativo masculino (64% vs 46%). Perante estes resultados, os autores são da opinião de que as intervenções e investigações futuras devem analisar cuidadosamente a forma como aplicam as mensagens, nomeadamente, na oferta de várias alternativas viáveis. Sugerem que, no que se refere às mensagens que visam a estimulação da utilização do preservativo masculino, estas devem-se focalizar apenas em conteúdos dirigidos para esse objectivo específico. As alternativas menos eficazes e acessíveis (preservativo feminino e espermicidas) devem ser criadas apenas para as mulheres que previamente demonstram baixa percepção de eficácia em relação ao preservativo masculino. Conclui-se assim que, em matéria de intervenções educativas de prevenção do VIH/SIDA dirigida a mulheres, a difusão da informação por várias alternativas é menos eficaz do que as mensagens precisas e concretas num único assunto.

Concluindo, observa-se que as intervenções educativas breves, sejam elas pensadas e dirigidas para um grupo alvo específico, sejam integradas em serviços já

existentes (e.g. GATV), apresentam uma eficácia relativa na prevenção do VIH/SIDA na mulher. Tem como principais vantagens o facto de possuírem baixas taxas de desistência e condensarem os ingredientes de uma intervenção num curto espaço de tempo. O estudo realizado por Belcher (1998) resume os principais benefícios das intervenções educativas breves: boa adesão e excelente retenção. A revisão da literatura sugere que estas intervenções parecem ser bastante eficazes em mulheres socioeconomicamente desfavorecidas. Evidenciam-se igualmente viáveis junto da população africana e afro-americana.

### **3.3. Intervenções de Múltiplas Sessões com Treino de Competências**

A revisão da literatura sugere que as intervenções que se debruçam no treino de competências tendem a ser desenvolvidas em contexto de grupo e com múltiplas sessões. De acordo com O'Leary e Wingood (2000), este tipo de intervenção em grupo e com várias sessões, incluem componentes como a aprendizagem da negociação do sexo seguro, do auto-controlo e da resolução de problemas. Paiva (2002) defende que os programas de prevenção, preferencialmente em pequeno grupo, que utilizam uma linguagem simples e ensinam as pessoas a protegerem-se de facto, mostrando passo a passo como usar um preservativo ou outra forma de protecção sexual, que incentivam a trazer um preservativo na bolsa, e que estimulam a comunicação com os parceiros e profissionais de saúde, são os mais bem sucedidos. Assim, passaremos a descrever os resultados e conclusões acerca de alguns estudos que avaliaram a eficácia deste tipo de intervenção, tendo como grupo alvo a população feminina.

Em 1994, Kelly, Murphy, Washington, Wilson, Koob, Davis, Ledezma e Davantes desenvolveram um estudo que objectivou avaliar a eficácia de uma intervenção dirigida à prevenção do VIH/SIDA em mulheres urbanas norte-americanas. Esta intervenção foi desenhada para cinco sessões, onde foram treinadas e desenvolvidas competências psicossociais, como a negociação do preservativo, a assertividade, e a resolução de problemas. Participaram nesta investigação 197 mulheres em risco para o VIH, utentes de clínicas urbanas. Estas foram randomicamente distribuídas pelo grupo de controlo, que passaram por uma sessão educativa de transmissão de conhecimentos acerca do VIH; e pela intervenção com treino de competências. Após os três meses de seguimento, foi possível constatar que as mulheres

que passaram pela intervenção com treino de competências possuíam melhores níveis de assertividade e negociação do preservativo com o parceiro, assim como, relataram maior uso do preservativo, do que as mulheres pertencentes ao grupo de controlo. Perante estes resultados Kelly e colaboradores (1994) são da opinião que, por serem eficazes na prevenção do VIH, estas intervenções sistemáticas com treino de competências deveriam ser integradas nos serviços de saúde primários, de forma a estarem acessíveis a um maior número de pessoas.

Em Portugal, um estudo levado a cabo no âmbito do Projecto Europeu *“Iniciativa para a Saúde das Mulheres – Mulher Faz por Ti”*, estudou as crenças e estereótipos face ao uso do preservativo masculino, a incidência declarada de infecções sexualmente transmissíveis e as atitudes face ao VIH/SIDA em diferentes grupos de mulheres (Vieira et al., 2003). As autoras partiram do princípio que a informação não é, por si só, suficiente para a mudança dos comportamentos e salientaram que existe uma multiplicidade de factores que influenciam o comportamento humano, sendo a percepção do risco um elemento fundamental na atitude comportamental. Este foi um estudo que trabalhou com quatro grupos diferentes de mulheres: indiferenciadas, de minoria étnica (oriundas dos PALOP's), toxicodependentes e prostitutas. Este estudo refere-se a um projecto que obedeceu a quatro fases: aplicação de questionário de pré-teste, seminário de intervenção, aplicação de questionário de pós-teste A, e aplicação de pós-teste B. De uma forma geral, em vários aspectos, não houve diferenças estatisticamente significativas nos resultados entre os grupos. O que se concluiu é que, após sensibilizadas, as mulheres de todos os grupos mostraram-se mais informadas e atentas aos comportamentos susceptíveis de contágio, como por exemplo, o uso do preservativo. Relativamente a este aspecto, o grupo das mulheres prostitutas foi aquele que mais evidenciou a intenção comportamental para o uso do preservativo (maior percepção do risco). No entanto, é de salientar que a maioria das mulheres de todos os grupos, mostrou intenção de ceder quando questionadas sobre a possibilidade do parceiro se negar a ter relações sem preservativo. Este estudo concluiu ainda que, mesmo informadas, prevalece nestas mulheres a ideia de que a relação com o “parceiro principal” é imune ao risco de contrair o SIDA, mesmo quando sabem ou desconfiam da existência de outros relacionamentos. Estas investigadoras são da opinião que somente informar não basta, é importante trabalhar comportamentos, atitudes e valores específicos de cada grupo populacional, de forma sistemática, para uma eficaz prevenção da epidemia do SIDA, junto da população feminina.

Nos EUA, Baker, Beadnell, Stoner, Morrison, Gordon, Collier, Wickizer e Stielstra (2003) testaram a eficácia de duas intervenções, uma educativa, e outra com treino de competências, em 229 mulheres em elevado risco sexual. Ambas as intervenções decorreram durante dezasseis semanas, em sessões de grupo (5 a 10 membros por grupo) de aproximadamente duas horas cada. A intervenção de educação para a Saúde (HE) (com 111 mulheres) consistiu na passagem de informação didáctica acerca da saúde em geral e principalmente acerca da saúde sexual, por educadores de saúde. A intervenção com treino de competências (ST) (com 118 mulheres), para além da passagem de informação didáctica, incluiu o treino de várias competências psicossociais (e.g. competências de comunicação e negociação com o parceiro, definição e perseguição de objectivos), assim como, a abordagem a temáticas relevantes como os direitos sexuais e reprodutivos, e a importância do suporte social, entre outros. Os resultados revelaram que ambas as intervenções foram eficazes na redução de comportamentos de risco. No entanto, quando avaliados os marcadores biológicos (presença de ISTs), as mulheres que pertenceram ao grupo ST demonstraram melhores resultados, ou seja, apresentaram menor presença de ISTs nos seguimentos de quatro e 12 meses, do que o grupo HE. A título exemplificativo podemos referir que, após 12 meses da passagem pelas intervenções, 15.4% das mulheres do grupo de HE apresentaram uma nova IST, em comparação com 8.6% do grupo de ST. Esta é mais uma investigação que realça a maior eficácia das intervenções com treino de competências, quando comparadas com as intervenções meramente educativas/didácticas.

Também Coyle, Kirby, Robin, Banspach, Baumler e Glassman (2006) avaliaram a eficácia de um programa de intervenção intensivo de 14 sessões dirigido à prevenção do VIH, outras ISTs e gravidez indesejada, em 988 jovens estudantes norte-americanos, de ambos os sexos, matriculados em escolas alternativas. Assim, distribuíram os estudantes por dois grupos: o de intervenção e o de controlo. A intervenção experimental, designada de “*All4You*”, compreendeu várias sessões e incluiu a abordagem de treino de competências para a negociação do sexo seguro, assim como, uma componente didáctica, em contexto de sala de aula, acerca das ISTs e a gravidez indesejada. Os sujeitos foram avaliados em pré-teste e seguimentos de seis, 12 e 18 meses, através de um questionário que incluiu a avaliação das características sócio-demográficas, comportamentos sexuais de risco e preditores psicossociais. Os resultados desta investigação revelaram que os participantes do grupo de intervenção

exibiram comportamentos sexuais mais protectores do que os sujeitos do grupo de controlo, no seguimento de seis meses. Por exemplo, os estudantes do grupo de intervenção evidenciaram uma maior probabilidade para relações sexuais com preservativo nos três meses prévios ( $p=.002$ ), mais probabilidade para o uso do preservativo na última relação sexual ( $p=.006$ ), e maior probabilidade de actividade sexual com preservativo com o (a) parceiro (a) fixo ( $p=.01$ ), do que os indivíduos do grupo de controlo. É de realçar que nos seguimentos de 12 e 18 meses as diferenças entre os grupos nestas e noutras variáveis de resultado não foram significativas. Os autores concluem que efectivamente a intervenção foi eficaz. No entanto, não houve manutenção dos ganhos a longo prazo. Desta forma, seria importante averiguar o que desmotiva a manutenção dos comportamentos seguros adquiridos, e tentar perceber os factores que influenciam esse retrocesso. Neste seguimento, também Noia e Schinke (2007) avaliaram a eficácia de uma intervenção dirigida à prevenção do VIH/SIDA especificamente com população jovem. Neste caso, a amostra foi constituída por 204 meninas adolescentes norte-americanas, com idades compreendidas entre os 11-14 anos. A intervenção, designada de *“Keepin It Safe”*, desenvolveu-se em seis sessões, onde foram abordados conteúdos como conhecimentos básicos acerca do SIDA, abstinência e sexo seguro; visualização de videocassetes acerca de testemunhos de pessoas seropositivas, na tentativa de sensibilizar para a percepção de risco; treino de tomada de decisão acerca da sexualidade; exercícios alusivos ao aumento dos níveis de auto-eficácia; treino de competências de comunicação e assertividade; e treino de competências para a redução do risco sexual (e.g. demonstração da correcta utilização dos diferentes tipos de preservativo). Este grupo de intervenção foi comparado com um grupo de controlo em lista de espera, que passou pela intervenção após a avaliação de pós-teste. Os resultados do pós-teste confirmaram a eficácia da intervenção em comparação ao grupo de controlo, demonstrando que as adolescentes que passaram pela mesma se encontravam melhor informadas acerca de várias temáticas relacionadas com o SIDA, exibiram atitudes mais protectoras em relação à doença (e.g. atitudes mais positivas face aos preservativos), encontravam-se mais aptas ao nível de uma série de competências psicossociais relevantes, e aumentaram os níveis de eficácia percebida acerca da abstinência, quando comparadas com as meninas que permaneceram em lista de espera.

Hobfoll e colaboradores têm vindo a realizar uma série de intervenções com vista à promoção da saúde e prevenção do VIH/SIDA em população feminina. Assim,

em 1994, Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton e Sheperd desenvolveram um programa de intervenção para mulheres solteiras grávidas. A base teórica desta intervenção enfatizou a Teoria da Aprendizagem Social (TAS) de Bandura (1977; cit. por Hobfoll, 1994) e a Teoria de Conservação de Recursos (TCR) de Hobfoll (1989). A TAS realça o uso de modelagem no aumento de sentimentos específicos de eficácia nos comportamentos a atingir. A TCR defende que a ameaça do VIH/SIDA é um stressor adicional para as mulheres que já estão sobrecarregadas nos seus esforços de *coping*. Assim, a teoria de Conservação de Recursos defende que uma intervenção deve aumentar os recursos pessoais e sociais das mulheres para combater a ameaça crescente e sugere que os grupos alvo devem ver a intervenção como adicionando novos recursos e reforçando os já existentes. Assim, desenvolveram uma intervenção comunitária (tendo dado muito relevo a esta característica colectiva), onde participaram 206 mulheres, com poucos recursos socioeconómicos, que procuravam cuidados de obstetrícia. Estas foram distribuídas de forma randómica por uma de três condições: grupo de prevenção da SIDA, com 4 sessões; grupo de promoção da saúde; e grupo sem intervenção. As variáveis avaliadas no pré-teste, pós-teste e seguimento de seis meses foram as seguintes: conhecimento das práticas sexuais seguras e da SIDA, auto-relato da intenção de comprar e usar preservativo e espermicida, compra efectiva de preservativos, práticas sexuais, abstinência, número de parceiros, discussão com o parceiro sobre a SIDA, e relato farmacêutico de compra de preservativos e espermicida. Os grupos de prevenção da SIDA e de promoção da saúde promoviam a passagem de informação, e treino de competências comportamentais e suporte social. No entanto, apenas o grupo de prevenção da SIDA se focou no conhecimento e competências específicas para o VIH/SIDA. Quer o grupo de prevenção da SIDA, quer o de promoção da saúde, tinham como foco central das sessões a formulação de um plano de acção. Para encorajar esta prática desenvolveram-se, durante as sessões, técnicas como reforço, *role play* e ensaio cognitivo, aplicadas ao desenvolvimento do sentimento de auto-eficácia, expectativas positivas de sucesso, competências de negociação, competências de assertividade, e medo de consequências de saúde negativas por não actuarem de forma saudável. Perante os resultados, Hobfoll e colaboradores (1994) verificaram que o grupo de prevenção do VIH/SIDA (grupo 1) obteve mais ganhos do que o grupo de promoção da saúde (grupo 2) e o grupo sem intervenção (grupo 3). Observou-se que o grupo 2 não se modificou significativamente em comparação com o grupo 3. Por exemplo, verificou-se um aumento significativo de aquisição de preservativo e espermicida para o grupo de

prevenção da SIDA (grupo1) em relação ao grupo de não intervenção. Já o grupo de promoção da saúde obteve também mais preservativos do que o grupo sem intervenção, mas não obteve mais espermicida. Resumindo, Hobfoll e colaboradores (1994) concluíram que o grupo de prevenção da SIDA produziu aumentos moderados e consistentes no conhecimento e nos comportamentos sexuais seguros em comparação com os outros dois grupos. É de realçar que o auto-relato e as mudanças objectivas foram mantidos seis meses após a intervenção, independentemente da etnia das participantes. Concluindo, o grupo de prevenção do VIH/SIDA obteve um resultado mais eficaz do que o grupo de promoção da saúde e o grupo de controlo, na maioria das variáveis de resultado, o que sugere um efeito moderado do programa. Os resultados positivos para o conhecimento e comportamento, sugerem que ocorreram mudanças importantes. Os autores do estudo consideram ainda que o desenho de múltiplos grupos de controlo permitiram afunilar os ingredientes importantes da intervenção. As competências gerais de assertividade, competências de negociação, e capacidade de planear não são, isoladamente, adequadas para a mudança comportamental significativa. Se assim fosse, o grupo de promoção da saúde teria sido tão bem sucedido como o grupo de prevenção da SIDA. Isto significa que as mulheres também precisam de ter as competências, especificamente relacionadas com a informação sobre a SIDA e redução do risco específico para o SIDA. Em termos de limitações do estudo, os próprios autores apontam as seguintes: (1) a compensação monetária pela participação, que pode ter afectado os resultados, na medida em que as mulheres podem ter atribuído a sua participação a fontes externas em vez de motivações internas; e (2) o facto das participantes estarem grávidas, podendo estar mais motivadas para se comportarem de modo saudável mais do que é habitual. Por outro lado, o facto da mudança se ter mantido após seis meses e a existência de relatórios farmacêuticos da compra de preservativos e espermicida aumentaram a fidelidade dos resultados e a confiança de que a intervenção efectivamente produz mudança comportamental significativa.

Neste seguimento também Mackenzie, Hobfoll, Ennis, Kay, Jackson, e Lavin (1999) desenvolveram uma revisão do Programa Colectivista de *Empowerment* de Prevenção da SIDA (CE-AP), financiado pelo NIMH americano. Esta revisão foi adaptada e pensada no âmbito da redução do risco para a SIDA em mulheres urbanas. No decorrer do planeamento da revisão do programa, os autores consideraram que os programas dirigidos para a saúde são quase sempre baseados em modelos individualistas de saúde e comportamento. No entanto, esta não é a abordagem mais



adequada quando se fala em SIDA, pois a SIDA e a sua prevenção, pela sua natureza relacional, pode implicar princípios mais colectivistas de doença, saúde e intervenção. Partindo desta premissa, desenvolveram uma intervenção comportamental, o programa CE-AP, com mulheres jovens, para lidar com esta temática da saúde. Esta intervenção procurou promover o sexo seguro em mulheres com poucos recursos económicos e detentoras de baixo poder (*empowerment*), recorrendo aos princípios derivados das teorias do colectivismo e do *empowerment*. As participantes desta investigação foram recrutadas em clínicas e, posteriormente, foram distribuídas randomicamente por um de três tipos de grupos: grupo 1, intervenção de prevenção da SIDA; grupo 2, intervenção na saúde geral; grupo 3, sem intervenção. As variáveis avaliadas em pré-teste, pós-teste e seguimento de seis meses foram: conhecimento em relação ao SIDA, percepção do risco, suporte social, stressores agudos e crónicos, e práticas de sexo seguro (e.g. uso do preservativo). As mulheres incluídas no grupo de prevenção da SIDA participaram em seis sessões de grupo, onde foram abordados temas de prevenção directamente relacionados com a prevenção do SIDA, enquanto o grupo de promoção da saúde se focou em temas gerais de saúde como beber, fumar e exercício físico. O objectivo principal desta intervenção foi o de promover o sentido de pertença das mulheres, assim como, as escolhas saudáveis sobre o seu corpo. A ênfase dada a uma abordagem comunitária incorporada na intervenção foca-se na necessidade das mulheres se apoiarem mutuamente, às suas famílias e à saúde da comunidade (Hobfoll et al., 1994). O colectivismo foi encorajado de forma a motivar as mulheres a envolverem os outros nas suas decisões de saúde comportamentais e a ganharem poder através da união social e da construção de coligações. Em termos de técnicas utilizadas, como forma de facilitar a aprendizagem de competências sociais, esta intervenção focou-se essencialmente no ensaio cognitivo, no *role-play* e na imaginação guiada. Os resultados desta investigação revelaram que o grupo de prevenção da SIDA produziu aumentos moderados e consistentes no conhecimento e nos comportamentos de sexo seguro quando comparado com o grupo de promoção da saúde e com o grupo sem intervenção. As mulheres pertencentes ao grupo de prevenção da SIDA exprimiram mais intenções de comprar preservativos e espermicida do que as mulheres dos outros dois grupos. Este também demonstrou maior aquisição de preservativos e espermicida, e maior frequência do seu uso durante as relações sexuais, do que as mulheres no grupo de saúde e sem intervenção. Por sua vez, as mulheres do grupo de saúde também adquiriram mais preservativos do que as do grupo de controlo. Os registos também demonstraram que

mais mulheres do grupo de prevenção da SIDA compraram preservativos com o cartão de crédito (um cartão de registo e controlo da aquisição de preservativos), quando comparadas com as mulheres do grupo sem intervenção. Em relação às competências de assertividade e negociação, as mulheres do grupo de prevenção da SIDA e do grupo de saúde mostraram maior assertividade e competências de negociação, do que as mulheres do grupo sem intervenção. Será importante realçar que grande parte das diferenças a este nível deu-se entre a condição de prevenção da SIDA e a condição de não intervenção, o que sugere que as competências de assertividade, planeamento e de negociação, por si só, não são suficientes na activação da mudança comportamental. Assim, será legítimo considerar que a combinação de conhecimentos específicos para a SIDA, com as competências apropriadas, é essencial neste contexto (Hobfoll et al., 1994; cit. por Mackenzie et al., 1999). Concluindo, estes resultados indicam que os programas de mudança do comportamento sexual, quando aplicados a mulheres não grávidas e a mulheres em diferentes níveis de risco também são eficazes.

Desde a década de 90 até aos dias de hoje, Hobfoll e colaboradores têm desenvolvido e adaptado vários programas de prevenção que têm contribuído de modo significativo para a prevenção do VIH na mulher, e para a investigação nesta área. Os estudos supracitados são os primeiros de muitos que Hobfoll e colaboradores têm desenvolvido no âmbito da prevenção do VIH/SIDA e promoção da saúde da mulher. Por exemplo, Hobfoll e colaboradores têm vindo a desenvolver várias investigações, sobretudo com dois tipos de programa: primeiramente, um direccionado para competências gerais sobre o SIDA, o GAC (*General AIDS Competency*); e posteriormente, o programa de Capacidade Acelerada para o Treino de Negociação e Exposição ao Conflito, designado de ACCENT (*Accelerating Capacity for Conflict Exposure Negotiation Training*). Relativamente ao GAC, quando comparado com uma intervenção de promoção da saúde mais vasta e geral, este revelou-se mais eficaz na prevenção do VIH na mulher (Hobfoll et al., 1994). Posteriormente, Hobfoll e colaboradores (2000) desenvolveram um outro estudo com 800 mulheres, onde incluíram três grupos: o grupo GAC, o grupo de promoção da saúde geral e um grupo sem intervenção. Os resultados desta investigação confirmam que as mulheres dos grupos de prevenção da SIDA (GAC) e da promoção da saúde em geral tinham maiores competências comportamentais, tais como, conversar sobre comportamentos de saúde, assertividade, e competências de negociação, no seguimento de seis meses. Posteriormente Hobfoll e colaboradores (2002) examinaram novamente a utilização do

cartão de crédito para avaliar o uso de preservativos. Observou-se que o grupo de prevenção da SIDA (GAC) obteve mais preservativos do que o grupo de promoção da saúde. Por sua vez, as participantes do grupo de promoção da saúde obtiveram mais preservativos do que as do grupo sem intervenção. As mulheres também foram avaliadas do ponto de vista médico para as IST's, tendo-se verificado que as mulheres pertencentes ao grupo GAC foram aquelas que mais reduziram o número de ISTs.

Posteriormente avaliaram a eficácia da intervenção ACCENT. Este programa ACCENT tem como finalidade promover o desenvolvimento de um plano de saúde sexual e a efectividade do mesmo ao longo do tempo. Pretende sensibilizar as mulheres a pensarem nas consequências biopsicossociais do sexo desprotegido e nos ganhos do sexo seguro. Trabalha temáticas como a história sexual, o uso do preservativo, a testagem do VIH, etc., tentando-se aumentar o conhecimento e expectativas positivas face ao sexo seguro (McIntyre & Costa, 2004; Hobfoll et al., 1994). Este programa foi criado com o objectivo de promover as competências de negociação face a situações de pressão, ao mesmo tempo que transmite conhecimentos sobre o sexo seguro (McIntyre & Costa, 2004). Foi desenvolvido com seis sessões, com duração de duas horas cada; quatro de visualização de vídeos e duas para discussão livre. Ao longo destas sessões as participantes adquirem e ensaiam competências de comunicação, entre as quais, a assertividade (McIntyre & Costa, 2004). As componentes de negociação até à quarta sessão incluem: (1) decidir em relação a um comportamento pessoal, como não ter relações sem o uso do preservativo; (2) explicar ao parceiro a razão da decisão tomada; (3) antecipar a reacção mais provável por parte do parceiro e como a própria mulher poderá reagir; (4) ser firme, mas não agressiva em relação ao objectivo; (5) realizar tentativas que visem a compreensão dos objectivos do parceiro; (6) expressar preocupação relativamente aos objectivos e necessidades do parceiro; e (7) procurar um compromisso que vá de encontro às necessidades do parceiro, mas que não comprometa o objectivo comportamental do sexo seguro. Nas sessões cinco e seis as mulheres oferecem as suas situações mais difíceis e o líder estimula a discussão, a imaginação guiada e o *role play* como forma de praticar as competências de negociação aprendidas (McIntyre & Costa, 2004). Os autores fizeram uma testagem do ACCENT em comparação com as intervenções anteriores, o GAC e a Intervenção de Promoção da Saúde Geral. Os resultados indicaram mudanças no sexo seguro do pré ao pós-teste semelhantes àsquelas encontradas nos grupos GAC, e melhorias nas competências de negociação (Hobfoll et. al., 1994). O ACCENT é igualmente eficaz com mulheres afro-

americanas e euro-americanas (Hobfoll et al., 2002). Em Portugal, elaboraram-se estudos neste seguimento por McIntyre e Costa (2004; 2007). Estas investigadoras adaptaram as intervenções da equipa de Hobfoll à população feminina de risco para o VIH, tendo avaliado a eficácia de uma intervenção educativa de uma sessão dedicada à transmissão de conhecimentos sobre o VIH/SIDA e sua prevenção, a intervenção ACCENT condensada em quatro sessões, e um grupo de controlo (em lista de espera). Os resultados demonstraram que ambas as intervenções foram eficazes no aumento de conhecimentos, em comparação com o grupo de controlo. No entanto, a intervenção ACCENT foi mais eficaz na diminuição da percepção de barreiras face ao sexo seguro, no aumento do uso do preservativo e no aumento do suporte social percebido (McIntyre & Costa, 2004; Costa, 2007).

Na continuação da apresentação da eficácia das intervenções comportamentais de múltiplas sessões, com treino de competências, surge-nos o estudo de revisão de Herbst, Kay, Passin, Lyles, Crepaz & Marín (2007) debruçado especificamente em população hispânica emigrante. Os resultados deste estudo referem que as intervenções comportamentais têm sido eficazes ao nível de alguns comportamentos de risco para o VIH, principalmente, no que se refere à redução do número de parceiros e ao aumento da percepção de benefícios face ao uso do preservativo. De acordo com os autores, foi possível encontrar alguns denominadores comuns entre as intervenções que se evidenciaram mais eficazes especificamente no que respeita à população hispânica. Esses factores comuns entre intervenções de sucesso declarado são (1) o desenvolvimento de múltiplas sessões, (2) a abordagem à aprendizagem correcta da utilização do preservativo e à resolução de problemas, e ainda (3) o desenvolvimentos e debate acerca de temáticas como a remoção de barreiras face ao uso do preservativo e ao *machismo latino*. Os resultados deste estudo são mais um contributo válido para a confirmação da eficácia de intervenções que se debruçam sobre o treino de competências, o desenvolvimento de múltiplas sessões e a adaptação das temáticas à população a que se destinam.

Neste seguimento, também Romero, Wallerstein, Lucero, Fredine, Keefe e O'Connell, (2006) desenvolveram um estudo com o objectivo de avaliar a eficácia de uma intervenção em grupo, designada de “*Woman to Woman: Coming Together for Positive Change*”, criada por Romero em 1999. Esta intervenção foi planeada para 17 sessões e combina a componente educativa com o treino de competências, sendo que as sessões abordam temáticas como: (1) conhecimentos básicos acerca de doenças

sexualmente transmissíveis; (2) educação acerca do VIH e hepatite; (3) auto-reflexão acerca do VIH e o facto de ser mulher; (4) barreiras para a prevenção na mulher (discussão dos factores culturais, económicos, sociais e relacionais que impedem a prática do sexo seguro); (5) treino da negociação do preservativo, da assertividade, da comunicação, da mitigação das relações de poder nas relações pessoais; da resolução de conflitos, e da recusa do sexo desprotegido, através de *role-plays*, (6) e desenvolvimento de um plano pessoal para o sexo seguro com inclusão de um largo leque de possíveis barreiras ao sexo seguro. A intervenção foi desenvolvida com mulheres ( $n=308$ ) provenientes de zonas urbanas e rurais do Novo México e decorreu durante três anos. Os resultados do pré-teste para o pós-teste sugerem que a intervenção foi eficaz ao nível da melhoria de vários domínios psicossociais, nomeadamente, da auto-eficácia, a eficácia colectiva, sentido de comunidade, *empowerment* nas relações de género, e capacidade de comunicação acerca da sexualidade com os parceiros e os amigos. Os ganhos nestes domínios foram notórios entre as duas avaliações (significativos para todos os factores analisados,  $p<.05$ ) no total das mulheres que participaram, independentemente de provirem de contexto urbano ou rural. Esta melhoria ao nível de competências psicossociais é consistente com as melhorias ao nível do comportamento sexual. Do pré-teste para o pós-teste, houve melhorias nas médias relativas ao uso do preservativo durante o último mês (2.97 vs 3.17) e nas médias relativas do sexo desprotegido no decorrer do último mês (.67 vs .62). Esta investigação realça a importância de se intervir e avaliar a eficácia de medidas preventivas em contextos sensivelmente diferentes (o urbano e o rural de uma mesma região). Os seus resultados demonstram também que a combinação de estratégias educativas com treino de competências são eficazes na adopção de comportamentos sexuais mais seguros nas mulheres de ambas as realidades.

Também El-Bassel, Witte, Gilbert, Wu, Chang, Hill e Steinglass (2005) desenvolveram um estudo que pretendeu avaliar a eficácia de uma intervenção psicossocial de seis sessões, dirigida à prevenção do VIH/SIDA e outras ISTs, em mulheres heterossexuais ( $n=217$ ). Esta intervenção foi avaliada sob duas condições, uma em que as mulheres participaram juntamente com os respectivos parceiros ( $n=81$ ), e outra em que participaram sozinhas ( $n=73$ ). Esta intervenção foi comparada a um grupo de controlo com mulheres ( $n=63$ ) que passaram por uma única sessão de uma intervenção educativa de uma hora. Esta intervenção abordou questões relacionadas com a intimidade entre os casais, tais como, a importância da fidelidade, a proximidade

na relação, a comunicação entre os parceiros, a importância da monogamia, a negociação e resolução de problemas, as competências para a resolução de problemas, a influência da expectativa de papéis, etc. Assim, no seguimento de 12 meses, foi possível constatar que ambos os grupos de intervenção se evidenciaram mais eficazes do que o grupo de controlo no que se refere à mudança comportamental no sentido de uma sexualidade mais segura. Por exemplo, no que se refere ao número de actos sexuais desprotegidos nos três meses prévios, o grupo sem intervenção apresentou valores na média dos 23 no pré-teste, e dos 12 no pós-teste; o grupo de intervenção com casais apresentou valores na média dos 28 no pré-teste, e dos 8 no pós-teste; o grupo de intervenção das mulheres os valores do pré-teste encontram-se na média dos 25, e dos 7 no pós-teste. Concluiu-se que a intervenção com treino de competências é mais eficaz do que a intervenção educativa. No entanto, no que se refere às diferenças entre as condições “com parceiro” e “sem parceiro”, estas não foram significativas em nenhuma das dimensões avaliadas.

As intervenções que enfatizam o treino de competências na prevenção do SIDA, não se têm evidenciado eficazes apenas no aumento do uso do preservativo masculino. A literatura sugere que o treino de competências psicossociais também apoia a mulher no aumento da utilização do preservativo feminino. A atestar esta constatação surge-nos o estudo de Choi, Hoff, Gregorich, Grinstead, Gomez e Hussey (2008) cujo objectivo passou por avaliar a eficácia do treino de competências no aumento do preservativo feminino em mulheres norte-americanas ( $n=409$ ) provenientes de várias etnias (caucasianas, afro-americanas, asiáticas e latino-americanas). Assim, através de um *randomized controlled trial*, as mulheres foram recrutadas em clínicas de planeamento familiar e distribuídas por dois grupos distintos: o experimental, de treino de competências para o uso do preservativo masculino e feminino, onde se desenvolveram quatro sessões, sendo as duas primeiras de carácter individual dedicadas à passagem de informação acerca da sexualidade e uso do preservativo e à identificação de barreiras para o sexo seguro, e as duas últimas desenvolvidas em grupo, dedicadas à discussão e ao treino de competências de negociação (e.g. discussão, comunicação, persuasão, o uso do humor, etc.); e o de controlo, direccionado para a promoção da saúde em geral, onde se desenvolveram sessões individuais de passagem de informação acerca de vários assuntos relacionados com a promoção da saúde, entre os quais, a sexualidade e o uso do preservativo, e discussões em grupo acerca dessas diversas temáticas. Foram feitas avaliações após três e seis meses após a intervenção. Os resultados deste estudo

evidenciaram que, em ambos os momentos de avaliação, o grupo experimental demonstrou um maior uso do preservativo masculino e feminino, quando comparado com o grupo de controlo. No que se refere ao grupo experimental, verificou-se que, no pré-teste, a percentagem de utilização do preservativo feminino foi de 1.4%, no seguimento de três meses foi de 45.3%, e no seguimento de 6 meses foi de 30.8%. Nos mesmos momentos, respectivamente, os resultados do grupo de controlo eram os seguintes: 0.5%, 19.1%, e 7.7%. Também houve maiores ganhos para o grupo experimental, em comparação com o grupo de controlo, no que se refere à utilização do preservativo masculino (pré-teste: 68.5% vs 64.4%), no seguimento de três meses (70.8% vs 65.5%), e no seguimento de 6 meses (63.9% vs 59.8%). Ou seja, ambas as intervenções operaram mudanças positivas na direcção da protecção sexual. No entanto, a mudança comportamental foi mais substantiva e mantida no tempo no grupo que passou pelo treino de competências psicossociais específicas para o uso do preservativo, quer masculino, quer feminino.

Neste seguimento, no âmbito da abordagem da importância do treino de competências para a promoção do preservativo feminino, em 2002, também Devanter, Gonzalez, Merzel, Parikh, Calantano e Greenberg desenvolveram uma investigação cujo objectivo passou por avaliar a eficácia de uma intervenção dirigida à prevenção do VIH e outras ISTs através da promoção da utilização do preservativo feminino. Assim, foram recrutadas 604 mulheres norte-americanas, com média de idade de 28.5 anos, em risco sexual para a infecção pelo SIDA, e distribuídas pelo grupo experimental ( $n=227$ ), uma intervenção de seis sessões, com passagem de informação acerca de ISTs e vantagens da utilização dos preservativos masculino e feminino, demonstração e treino da utilização do preservativo feminino, treino de competências de comunicação e discussão em grupo; e pelo grupo de controlo ( $n=215$ ), sem qualquer intervenção. Foram efectuadas avaliações de pré-teste e pós-teste após três meses da intervenção. Os resultados desta investigação evidenciaram que as mulheres pertencentes ao grupo de intervenção demonstraram uma maior taxa de utilização do preservativo feminino (7.1% no pré-teste e 35.7% no pós-teste), quando comparadas com o grupo de controlo (7.1% no pré-teste e 11.6% no pós-teste). Os resultados da presente investigação demonstraram ainda que os melhores preditores para a utilização do preservativo feminino foram a participação na intervenção experimental, a intenção do uso do preservativo feminino no futuro, e a comunicação com o parceiro, onde se inclui a solicitação do uso do preservativo. Face a estes resultados, os autores são da opinião de que seria louvável as clínicas e serviços de

saúde sexual e reprodutiva estimularem a utilização do preservativo feminino às suas clientes/utentes. No entanto, consideram importante estes mesmos serviços disponibilizem também o treino de competências próprias e adequadas para o efeito. Os resultados destes dois estudos (Choi et al., 2008; Devanter et al., 2002) sugerem que também o uso do preservativo feminino aumenta quando as mulheres possuem competências de negociação previamente treinadas, o que, mais uma vez, aponta para o facto de esta ser uma fonte viável de protecção sexual, quando não é possível ou desejada a utilização do preservativo masculino. Os resultados destes estudos revestem-se de uma importância fulcral, na medida em que, tal como já se referiu anteriormente, o preservativo feminino pode evidenciar-se uma peça fundamental do *empowerment* na mulher aquando da prática sexual, pois dá-lhe maior detenção de controlo da situação do que o preservativo masculino.

No seguimento destas conclusões emitidas por Devanter e colaboradores (2002), há muita literatura de referência que tem vindo a reforçar a ideia de que as intervenções que visam a promoção do uso do preservativo e outras medidas de prevenção do VIH devem ser acompanhadas por programas específicos que ensinem competências de negociação e do uso correcto do preservativo com os parceiros (UNAIDS, 1998). Ou seja, há uma certa concordância na literatura científica de que este tipo de intervenção é aquela que mais abona a favor da mudança comportamental, pois dá tempo e espaço para identificar os preditores psicossociais de risco e oferece oportunidade para treinar competências eficazes de protecção sexual. No entanto, estas também apresentam limitações e constrangimentos. De acordo com Hobfoll e colaboradores (1994), este tipo de intervenção, com treino de competências de múltiplas sessões, apresentam algumas limitações, tais como, as elevadas taxas de desistência, principalmente devido à dificuldade de contacto com as participantes num período de tempo extenso; o facto das medidas não serem suficientemente sensíveis para detectarem flutuações no comportamento ou competências, o facto de muitas participantes não estarem disponíveis no seguimento, e a desejabilidade social. A própria entrevista pode ser reactiva e acabar por modificar o comportamento. Assim, na opinião de Hobfoll (1994), assim como de McIntyre e Costa (2004; 2007), a única forma de minimizar estas limitações passa pela realização de investigações com amostras maiores, assim como, com períodos de seguimento mais longos. O desenho de múltiplos grupos de controlo também pode ser benéfico, pois permite afunilar os ingredientes mais relevantes da intervenção.



### **3.3.1. Eficácia de Intervenções em Grupo de Treino de Competências na População Africana e Afro-Americana**

Tal como já se referiu anteriormente, nos EUA a mulher afro-americana é aquela que se encontra mais representada em termos de incidência do VIH, e de acordo com vários estudos efectuados, aquela que se encontra em maior risco para a infecção. Tendo por base esta constatação acerca da realidade norte-americana, são várias as intervenções que se têm desenvolvido e avaliado a pensar especificamente na mudança comportamental e protecção sexual da mulher de origem africana. Assim, Wingood e DiClemente (2006) descrevem a eficácia de três intervenções de prevenção do SIDA, apoiadas pelo CDC norte-americano, e consideradas eficazes em mulheres afro-americanas. Estas intervenções são a *SISTA* (uma intervenção desenvolvida especificamente para mulheres afro-americanas), a *SiHLE* (*Sistering, Informing, Healing, Living, and Empowering*), e a *WiLLOW* (*Women Involved in Life Learning From Other Women*). Os autores descrevem que todas estas intervenções se dirigem à redução de comportamentos de risco para o VIH e se têm evidenciado muito eficazes junto da população feminina afro-americana. A *SISTA* foi um dos primeiros programas de prevenção a ser dirigido especificamente a mulheres afro-americanas, nos anos 90. Foi criado com o objectivo de reduzir o risco de infecção pelo VIH em mulheres afro-americanas adultas provenientes de zonas urbanas da Califórnia. Quando comparada com o grupo de controlo, a intervenção *SISTA* demonstrou ser mais eficaz no aumento do uso consistente do preservativo, no aumento de um maior controlo das mulheres na relação, no aumento da assertividade, e na percepção de normas mais seguras em relação aos parceiros (Wingood & DiClemente, 1995; cit. por Wingood & DiClemente, 2006). Posteriormente, os mesmos autores desenvolveram os programas *SiHLE* e *WiLLOW*, dirigidos também a mulheres maioritariamente de origem africana. Em comparação com as mulheres da condição de controlo, as mulheres jovens que participaram no *SiHLE* evidenciaram-se mais propensas a usar o preservativo de forma consistente, a utilizar o preservativo na última relação sexual, a utilizar competências para uma melhor aplicação do preservativo, a comunicar mais frequentemente com os parceiros, e a possuir menos novos parceiros sexuais (Diclemente et al., 2004; cit. por Wingood & DiClemente, 2006; DiClemente, Crittenden, Rose, Sales, Wingood, Crosby & Salazar, 2008). A eficácia do programa *WiLLOW* foi avaliada com um grupo de mulheres seropositivas, etnicamente heterogéneo, mas maioritariamente de origem africana (85%). Em comparação com o grupo de controlo, também esta intervenção

demonstrou ser eficaz ao nível de várias variáveis relevantes na protecção sexual da mulher, nomeadamente, para a reinfecção de uma IST. As mulheres do grupo de intervenção demonstraram estar menos propensas a incorrer em actos sexuais vaginais sem protecção, relataram maior nível de conhecimentos acerca do VIH. Adicionalmente, encontravam-se em posição de menor probabilidade para a aquisição de uma infecção bacteriana, aumentaram a sua percepção acerca da rede de suporte, tinham menos probabilidade de estar com um parceiro que percepção elevadas barreiras face à utilização do preservativo, e demonstraram possuir um maior nível de competências necessárias à utilização do preservativo (Wingood et al., 2004; cit. por Wingood & DiClemente, 2006). Estas foram intervenções decorridas em múltiplas sessões, com treino de competências, de eficácia comprovada junto de mulheres afro-americanas. Assim, Wingood e DiClemente (2006) são da opinião de que estas intervenções poderão e deverão ser adaptadas a outros grupos de mulheres afro-americanas, assim como, a mulheres das Caraíbas e África Subsaariana, onde a infecção pelo VIH no feminino é verdadeiramente devastadora.

Neste seguimento, DiClemente, Wingood, Harrington, Lang, Davies e colaboradores (2004) desenvolveram uma investigação que procurou avaliar a eficácia de uma intervenção para a redução dos comportamentos sexuais de risco em mulheres de origem africana. Assim, participaram nesta investigação 522 adolescentes (dos 14 aos 24 anos) em risco sexual, sendo que, de acordo com um *randomized controlled trial*, 251 participaram na intervenção que os autores pretendiam avaliar, que se desenrolou em várias sessões e debruçou-se sobre a transmissão de conhecimentos acerca do VIH e o treino de várias competências pessoais e interpessoais como a comunicação e a negociação do preservativo; e 271 participaram nas quatro sessões relativas a uma intervenção geral de promoção da saúde. As avaliações de seguimento demonstraram que as adolescentes que passaram pela intervenção com treino de competências para a protecção face ao VIH, usaram mais consistentemente o preservativo do que as do outro grupo, quer após seis meses (75.3% do grupo de intervenção com treino de competências em comparação com 58.8% do grupo de promoção geral da saúde), quer após 12 meses (73.3% vs 56.5%), o que os autores referem correlacionar-se com a melhoria da capacidade para a negociação com os parceiros.

Em contexto africano a população mais jovem também tem sido alvo de múltiplas intervenções dirigidas à prevenção do VIH, o que é louvável, pois, tal como

nos refere Karnell, Cupp, Zimmerman, Feist-Price e Bennie (2006), em África, observa-se uma prevalência muito alta de casos de VIH/SIDA na população jovem. Assim, James, Reddy, Ruiter, McCauley e Borne (2006) também avaliaram a eficácia de uma intervenção combinada, que incluiu uma componente didáctica com o treino de competências psicossociais, em comparação com um grupo de controlo, num grupo de adolescentes. Assim, foram recrutados 936 jovens (média de idade de 15.52), de ambos os sexos, estudantes do 9º ano de várias escolas sul-africanas. A intervenção decorreu durante várias semanas e consistiu na transmissão de informação didáctica, veiculada por professores devidamente treinados, acerca de várias temáticas relevantes para o VIH/SIDA (e.g. conceito da doença, modos de transmissão, formas de prevenção, funcionamento do sistema imunitário, etc.). Foram ainda foco de intervenção, variáveis como as atitudes face ao uso do preservativo e face às pessoas portadoras do vírus, normas de género, e percepções acerca dos comportamentos sexuais. Foram utilizadas metodologias combinadas, tais como, exposição didáctica, discussão em grupo e *role play*. Foram efectuadas avaliações de pré-teste, pós-teste (seis meses após a intervenção) e seguimento de dez meses após a intervenção. Os resultados desta investigação demonstraram que, nas avaliações de pós-teste e seguimento, os alunos do grupo de intervenção exibiram atitudes e percepções mais positivas acerca do sexo seguro, assim como, maior uso do preservativo, do que os alunos pertencentes ao grupo de controlo.

Ainda no âmbito da intervenção junto da população mais jovem, nomeadamente estudantil, em países africanos, surge-nos o estudo de Karnell, Cupp, Zimmerman, Feist-Price e Bennie (2006), que adaptaram uma intervenção norte-americana focada na prevenção dos consumos alcoólicos e comportamentos sexuais de risco junto dos jovens, à população estudantil sul-africana. Assim, foram recrutados 661 estudantes, de ambos os sexos, com média de idade de 16 anos, de cinco escolas sul-africanas. Posteriormente, num estudo piloto, avaliaram a eficácia desta intervenção, em comparação com um grupo de controlo. Esta foi uma intervenção de carácter educativo combinada com treino de competências, desenvolvida no decorrer de oito semanas, composta por módulos de 30 minutos cada. Quanto aos seus conteúdos, estes debruçaram-se em questões como os prejuízos do álcool, o perigo do consumo de bebidas alcoólicas antes das relações sexuais, competências para lidar com a pressão para beber, treino de situações de risco em termos sexuais, etc. Também nesta intervenção foram combinadas metodologias mais didácticas, com prática de técnicas

psicossociais como, por exemplo, os jogos de papel. Ocorreram dois momentos de avaliação: o pré-teste antes da intervenção e um pós-teste cinco meses após o desenvolvimento da intervenção. Ao analisar os resultados da presente investigação é possível observar-se que, no que se refere aos consumos de álcool, não houve diferenças significativas entre os grupos. Ou seja, em termos gerais, a intervenção parece não ter surtido nenhum efeito em relação às variáveis directamente relacionadas com os consumos (e.g. consumos, auto-eficácia para a recusa em situação de pressão, atitudes face ao álcool, etc.), nem em relação ao nível de conhecimentos. Na globalidade da amostra, o único aspecto a realçar prende-se com o facto dos indivíduos do grupo de intervenção que referiram não ter tido relações sexuais, mostrarem-se mais propensos a responder correctamente ao facto de não ser necessário ter múltiplos parceiros para incorrer em risco sexual, do que os participantes do grupo de controlo ( $p < .05$ ). No entanto, quando controlada a variável “género”, verifica-se que as alunas que relataram não ter tido sexo no momento do pré-teste, no pós-teste demonstraram menor probabilidade de beber ou de estar com parceiros que bebem antes do último acto sexual ( $p < .05$ ). A intervenção também demonstrou acarretar melhorias ao nível da auto-eficácia para a população do sexo feminino, na medida em que as alunas do grupo experimental aumentaram o seu nível de confiança na capacidade de recusar o sexo desprotegido, quando comparadas com o grupo de controlo ( $p < .05$ ). Assim sendo, pode-se concluir que, embora se tenha verificado uma baixa eficácia da intervenção ao nível de diversas variáveis pertinentes ao nível da protecção sexual, é importante reter que esta se evidenciou especialmente eficaz junto do sexo feminino no que se refere a algumas variáveis relevantes. Considera-se ser encorajador perceber o que marca estas diferenças de género, melhorando os aspectos menos significativos e reforçando os pontos fortes encontrados.

Posto isto, e atendendo aos resultados das investigações supracitadas com jovens adolescentes, será legítimo considerar que o treino de competências de negociação e comunicação demonstra ser eficaz na prevenção do VIH, nomeadamente, entre população adolescente africana e afro-americana. Isto sugere que este tipo de estratégias deve ser disseminado e introduzido nos programas interventivos que se destinam à prevenção do VIH/SIDA e promoção da saúde sexual feminina, nesta população específica. James, Reddy, Ruiters, McCauley e Borne (2006) são da opinião de que devem ser desenvolvidos programas efectivos nas escolas que informem os jovens acerca da doença (componente didáctica), mas que também os ajudem a saber como

protegerem-se efectivamente (treino de competências). Isto é particularmente importante para o continente africano, onde os jovens, sobretudo mulheres, tendem a ser cada vez mais afectados pelo VIH/SIDA.

Carey, Maisto, Kalichman e colaboradores (1997) desenvolveram uma investigação em que testaram a eficácia de uma intervenção de prevenção do VIH, dirigida a mulheres maioritariamente afro-americanas (76%), provenientes de contextos socioeconómicos desfavorecidos. As 102 mulheres participantes foram randomizadas de forma a pertencerem a um de dois grupos, em diferentes condições: um em lista de espera (o grupo de controlo), e outro que contemplava uma intervenção para redução do risco, em quatro sessões. Esta intervenção, para além de incorporar o treino de competências relacionais e negociais, já abordados em intervenções anteriores, acrescenta uma nova componente, o aumento da motivação, ou seja, o estado de prontidão para a mudança. Nesta intervenção, as participantes foram estimuladas a identificarem possíveis estratégias de mudança ao invés destas serem prescritas por terceiros, como é habitual. As participantes foram encorajadas a determinar objectivos de redução do risco e a identificar que competências lhes permitiriam chegar à meta estabelecida. Assim, as variáveis avaliadas foram (1) os conhecimentos acerca do VIH/SIDA; (2) a motivação, onde se encontram integradas as atitudes e percepções de risco; (3) as intenções comportamentais; (4) a comunicação sexual; (5) o uso de substâncias; e (6) o comportamento sexual de risco. Para testar a eficácia desta intervenção ocorreram três momentos de avaliação: pré-teste, pós-teste após três semanas, e seguimento de três meses. Os resultados deste estudo demonstram que, quando comparadas com as mulheres pertencentes ao grupo de controlo, as mulheres que passaram pela intervenção com treino de competências específicas, relataram melhorias em relação à sensibilização face ao risco, verificando-se um aumento da percepção de risco, aumento do nível de conhecimentos, maior intenção de praticar o sexo seguro, maior comunicação com os parceiros, diminuição do consumo de substâncias em *timing* 's próximos da actividade sexual, e diminuição da frequência de relações sexuais desprotegidas. O teste de eficácia desta intervenção revela que o aumento da motivação, aliado ao treino de outras competências em grupo, pode apoiar as mulheres a reunirem esforços pessoais no sentido da diminuição do risco de infecção pelo VIH/SIDA.

Bertens, Eiling, Borne e Schaalma (2008) também avaliaram a eficácia de uma intervenção psicossocial de prevenção do SIDA, designada de “Uma Tori”, com

mulheres emigrantes de origem africana ( $n=273$ ), baseada no estabelecimento e alcance de metas seleccionadas pelas próprias participantes. Esta foi uma intervenção de cinco sessões, desenvolvida em pequeno grupo, de treino de competências. O foco da intervenção passou por encorajar as mulheres a compartilhar e esclarecer as suas situações pessoais acerca da sexualidade com os outros membros do grupo. As mulheres foram encorajadas a escolher os temas de discussão e a definir metas que gostariam de alcançar. O papel das moderadoras, pedagogas da saúde, passou por orientar a intervenção, (1) encorajando as participantes a seleccionarem tópicos de interesse pessoal que gostariam de enfrentar; (2) recorrendo a audiovisuais com temáticas relevantes acerca do SIDA, com o objectivo de aumentar a percepção de risco; (3) fomentando a discussão e debate; e (4) encorajando o *role-play* para treino de competências de negociação. As participantes foram avaliadas em pré-teste e pós-teste. Os resultados deste estudo demonstraram mudanças positivas do pré-teste para o pós-teste. Foi possível observar-se claras melhorias nas médias relativas ao aumento de conhecimentos (6 vs 8, num máximo de 9), à percepção de risco (8.5 vs 8.8, num máximo de 10), às normas percebidas (8.5 vs 10.5, num máximo de 15), à auto-eficácia para a negociação do preservativo (55.1 vs 64.5, num máximo de 70), e à comunicação acerca da sexualidade com o parceiro (6.5 vs 7.3, num máximo de 12). Perante estes resultados, os autores acreditam que seria importante basear as acções de intervenção para a prevenção do VIH/SIDA e sexualidade segura em ingredientes como a multiplicidade de sessões, a interacção em grupo e o treino de múltiplas competências psicossociais, sobretudo, a negociação e comunicação com os parceiros.

Outra investigação desenvolvida em contexto norte-americano, levada a cabo por O'Leary, Jemmott e Jemmott (2008), veio reforçar a eficácia das intervenções de múltiplas sessões com treino de competências entre a população feminina de origem africana. Esta intervenção, designada de *Sister-to-Sister*, integrou-se num projecto específico de promoção da saúde de mulheres negras americanas ( $n=564$ ), que evidenciaram comportamentos sexuais de risco e diagnóstico de ISTs, confirmados biologicamente. O programa *Sister-to-Sister* baseia-se na Teoria Social Cognitiva e prioriza a aprendizagem e treino de competências de negociação do preservativo. Esta intervenção foi desenvolvida após o reconhecimento dos critérios de inclusão. As participantes foram avaliadas em pré-teste, pós-teste e nos seguimentos de três, seis e 12 meses. A principal variável de resultado foi o uso do preservativo nas relações sexuais. Os resultados demonstraram que a intervenção melhorou significativamente o uso do

preservativo e outros preditores para o sexo seguro, principalmente no que se refere à aceitação do preservativo por parte dos parceiros, intenção do uso do preservativo e, principalmente, a auto-eficácia. Os autores concluem assim que é necessário estudar os preditores que afectam os comportamentos sexuais e inclui-los no desenvolvimento de programas de intervenção.

A intervenção ao nível de utilizadoras de drogas também tem sido considerada de primordial importância. São vários os estudos acerca de intervenções com população afro-americana que se debruçam sobretudo em grupos de consumidoras de drogas ou em tratamento por consumo de drogas. Sendo o consumo de drogas um comportamento de alto risco para o VIH, é de toda a importância que se avalie a eficácia de intervenções com este grupo específico. Assim, no início da década de 90, aquando dos primeiros estudos desta natureza, Schilling, El-Bassel, Schinke e colaboradores (1991) desenvolveram uma intervenção cognitivo-comportamental que procurou desenvolver competências para o sexo seguro em mulheres latinas e afro-americanas ( $n=91$ ), em processo de tratamento com metadona. As mulheres foram aleatoriamente distribuídas por dois grupos distintos: um sujeito a uma intervenção com treino de competências, e um grupo de controlo, submetido a uma intervenção de carácter informativo. O primeiro grupo passou por uma intervenção de cinco sessões que se debruçou sobre o desenvolvimento de vários tipos de competências, tais como, identificação de comportamentos de risco, treino do uso do preservativo, e negociação do preservativo com os parceiros. O outro grupo passou por uma única sessão informativa. Os resultados demonstraram que, em comparação com o grupo de controlo, as mulheres do grupo com treino de competências, relataram ter iniciado discussões com os seus parceiros acerca de temáticas sexuais com mais frequência, mostraram-se mais confiantes em falar com os seus parceiros sobre o sexo seguro, demonstraram atitudes mais positivas face à utilização do preservativo, e relataram transportar o preservativo com mais frequência. Estes resultados sugerem que as intervenções com múltiplas sessões, com o objectivo de desenvolver competências nas suas participantes, são eficazes em mulheres com múltiplos factores de risco (sexuais e relacionados com a utilização de drogas). As intervenções meramente informativas parecem ser limitadas na abordagem de temáticas alargadas, como a protecção sexual e a protecção relacionada com o uso de drogas, para estas mulheres com múltiplos factores de risco.

Neste seguimento, também Harris, Baussell, Scott, Hetherington e Kavanaugh (1998) desenvolveram uma investigação com utilizadoras de drogas afro-americanas

( $n=204$ ). O objectivo desta investigação foi o de testar a eficácia de uma intervenção educativa para o SIDA, desenhada a pensar num grupo de mulheres afro-americanas dependentes de metadona. Estas mulheres foram distribuídas por dois grupos diferentes, um experimental ( $n=107$ ), e um de controlo ( $n=97$ ). O primeiro passou por um processo de aconselhamento de pares e pelo treino de liderança levado a cabo por duas enfermeiras, durante 16 semanas. Esta intervenção foi pensada para a redução do risco sexual, o que incluiu aumentar a auto-estima, diminuir o afecto depressivo, e aumentar as actividades de comunicação de prevenção do VIH/SIDA. Das 204 mulheres iniciais, 130 completaram a intervenção, incluindo os seguimentos de dois, quatro e sete meses. Os resultados desta investigação revelaram que as mulheres do grupo experimental envolveram-se em práticas sexuais mais seguras ao longo do tempo, do que as mulheres do outro grupo. A título exemplificativo, pode-se referir o facto do número de mulheres que relataram ter usado sempre o preservativo durante as relações sexuais quase ter duplicado no grupo de tratamento (de 9 para 17, no seguimento de 7 meses) e diminuiu no grupo de controlo (de 9 para 7), o que os autores interpretam como tendo ocorrido de forma associada com um aumento dos níveis de auto-eficácia geral. As mulheres que receberam a intervenção experimental também manifestaram melhorias ao nível da depressão desde dos primeiros seguimentos, que conseguiram manter ao longo do estudo, e um maior nível de discussão acerca de tópicos relacionados com a SIDA. Ou seja, quando comparadas com as mulheres pertencentes ao grupo de controlo, as mulheres do grupo experimental, que passaram por um processo de treino de competências a vários níveis, demonstraram melhorias a três níveis: (1) comportamentos sexuais seguros, (2) diminuição da depressão, (3) e maior envolvimento em actividades de comunicação. Os autores são da opinião de que as intervenções que não modificam as percepções de risco têm pouca probabilidade de produzir mudanças comportamentais (partilha de seringas e contacto sexual). Assim sendo, a redução do risco requer intervenções planeadas às necessidades sociais, culturais e de saúde específicas de cada grupo de mulheres. Os autores concluem também que o reforço do poder pessoal, ou seja, o *empowerment*, é uma componente crítica nas mulheres afro-americanas. Esta falta de poder e desigualdade no seio das relações entre homem e mulher, dificulta a assertividade e a auto-eficácia.

Ainda no contexto de risco do abuso de drogas, surge-nos o estudo de Wechsberg, Lam, Zule e Bobashev (2004) desenvolvido com uma amostra de mulheres afro-americanas ( $n=620$ ) em processo de tratamento por consumo de drogas e em



situação de desemprego ou com o estatuto de “donas de casa”. Os autores desenvolveram esta investigação com o objectivo de comparar a eficácia de duas intervenções dirigidas à redução do risco para o VIH, com avaliações após três e seis meses. Uma das intervenções tratou-se da adaptação de uma intervenção norte-americana, especificamente criada para mulheres com problemas de drogas, desenvolvida durante várias sessões e que incluiu o treino de um vasto repertório de competências psicológicas e sociais; a outra tratou-se de uma intervenção *standard* de controlo. Os resultados deste estudo demonstram que as mulheres que passaram pela intervenção focada na prevenção para utilizadoras de drogas, nas avaliações de três e seis meses, evidenciaram menos consumo de drogas, maior redução de comportamentos sexuais de risco, e também exibiram menores índices de desemprego. Ou seja, as mulheres do grupo de intervenção focalizada, não só reduziram os comportamentos de risco para o VIH, como também demonstraram possuir competências que lhes permitiram um maior crescimento pessoal e grau de autonomia (e.g. conquista de um emprego). A conclusão dos autores perante estes resultados vem reforçar o que outros investigadores também referem: as intervenções devidamente dirigidas e adaptadas ao grupo alvo comprovam a sua eficácia em termos de prevenção do VIH e o aumento de competências psicossociais, em comparação com intervenções *standard* e de conteúdos gerais.

Entre a população utilizadora de drogas, será importante desenvolver treino de competências especificamente dirigido à utilização de drogas e aos comportamentos de risco relacionados com estes consumos. Partindo desta premissa, Sterk, Theall e Elifson (2003) desenvolveram uma investigação cujo objectivo passou por avaliar a eficácia de uma intervenção especificamente dirigida à prevenção do VIH, desenvolvida pelo *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), em mulheres afro-americanas utilizadoras de drogas. Esta intervenção compreendeu quatro sessões, onde foram trabalhadas questões específicas relacionadas com comportamentos de risco associados à utilização de drogas, tais como, passagem de informação acerca dos malefícios da utilização de drogas, o aumento dos níveis motivacionais para o planeamento de um novo projecto de vida, treino da determinação e perseguição de objectivos, treino de competências para o sexo seguro (correcta utilização e treino da negociação para o preservativo), treino de competências para a utilização de seringas de forma segura, etc. Esta intervenção foi comparada com outras duas intervenções de múltiplas sessões dirigidas ao (1) treino de competências de motivação gerais, e (2) treino de competências de negociação gerais.

Assim, foram recrutadas mulheres afro-americanas, utilizadoras de drogas endovenosas, com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos de idade, e distribuídas aleatoriamente pelo grupo de intervenção do NIDA ( $n=114$ ), pelo grupo da motivação ( $n=73$ ), e pelo grupo da negociação ( $n=78$ ). Os resultados desta investigação demonstraram que, comparativamente aos outros grupos, do pré-teste para o pós-teste seis meses após as intervenções, o grupo de intervenção NIDA demonstrou um decréscimo significativo ( $p<.05$ ) em relação a uma série de comportamentos de risco relacionados com o consumo de drogas e comportamentos de risco sexuais (e.g. decréscimo nos consumos de drogas, maior utilização do preservativo e menor número de parceiros casuais), quando comparadas com os outros dois grupos. Mais uma vez, fica reforçada a ideia de que, para serem bem sucedidas, as intervenções devem ser pormenorizadamente adaptadas à população à qual se dirigem.

Em África, mais propriamente em Angola, Uganda e Tanzânia, Nduhura e Hadjipateras (2007) desenvolveram uma intervenção designada de *Stepping Stones*, que empregou uma metodologia participativa, visando ajudar os participantes (homens e mulheres) a desenvolverem competências para entenderem e contestarem as normas e costumes predominantes que reforçam os efeitos da pobreza e outros factores que os tornam vulneráveis ao VIH/SIDA. Trata-se de uma intervenção muito focada na participação comunitária e na discussão de questões de género e VIH/SIDA (UNAIDS, 1998). Esta intervenção implicou o trabalho com grupos de pares, que se reuniram ao longo de vários meses para debaterem uma série de temas como o amor e as práticas sexuais de risco. Os participantes reflectiram em conjunto a forma como estas questões são afectadas por factores como a pobreza, as normas culturais e as expectativas ao nível da sociedade. Os facilitadores foram recrutados a partir da comunidade e foram orientados para moderar estas discussões. Os participantes foram sobretudo pessoas não alfabetizadas, como tal, utilizaram-se técnicas como o desenho, o teatro, canto, danças e jogos. Foram realizadas avaliações de pré e pós-intervenção, para verificar o impacto da intervenção na esfera das relações de género. Apesar de algumas diferenças sócio-culturais, as conclusões foram muito semelhantes nos três países onde incidiu esta intervenção. Após esta avaliação, conclui-se que (1) a comunicação sobre sexo aumentou significativamente, os participantes mostraram-se mais capazes de discutir questões de ordem sexual, até então consideradas tabus; (2) houve um aumento da melhoria da vida sexual dos participantes e um aumento da consciencialização dos direitos das mulheres; (3) aumentaram o respeito mútuo entre os géneros e entre as

gerações; (4) diminuíram a violência baseada no género e o consumo de álcool; e (4) aumentaram o uso do preservativo e a adopção de comportamentos sexuais mais seguros. Os autores consideram que este programa foi especialmente criado para a África Subsaariana, no entanto, poderá ser adaptado a qualquer parte do globo (UNAIDS, 1998), sobretudo junto de populações mais desfavorecidas em termos socioeconómicos e educacionais.

Outra intervenção designada de *Stepping Stones and Reflect (STAR)*, que surgiu a partir da fusão de duas outras intervenções, da *Stepping Stones* (trata-se de um pacote de formação em género, VIH, competências de comunicação e relacionamentos, tal como já foi descrito no estudo anterior) e da *Reflect* (trata-se de abordagem de aprendizagem de adultos e de mudança social e diagnóstico rural participativo), foi implementada em alguns países africanos como Uganda, Nigéria, Moçambique, Malawi, Zimbabué, Serra Leoa e Bangladesh, com o objectivo de estimular a comunicação sobre VIH/SIDA em adultos. As discussões e actividades do STAR focam seis áreas específicas, que são: comunicação, direitos humanos, saúde reprodutiva, saúde familiar e saúde comunitária, relações de poder, advocacia, e uso de pares. Em todos os países africanos onde tem vindo a ser implementada, a intervenção STAR, com a sua metodologia baseada na discussão comunitária participativa, permitiu aumentar os conhecimentos e informação acerca do sexo, da sexualidade e do SIDA, em zonas rurais, em todas as faixas etárias, inclusive os jovens, quer dentro, quer fora da escola (Ddungu, 2007).

Ainda em contexto africano, também uma investigação desenvolvida por Wechsberg, Luseno, Lam, Parry e Morojele (2006) na África do Sul, colocou em evidência a eficácia das intervenções com treino de competências e estruturadas especificamente para a população feminina, em comparação com intervenções estandardizadas. O presente estudo procurou avaliar a eficácia de duas intervenções em termos de prevenção de comportamentos de risco para o VIH, em 93 mulheres com comportamentos de risco, nomeadamente, uso de drogas e prostituição. Uma das intervenções tratou-se da adaptação de um Programa *Standard* de Prevenção do VIH/SIDA norte-americano, da autoria de Wechsberg e colaboradores (1998; cit. por Wechsberg et al., 2006), baseado essencialmente numa abordagem educativa de duas sessões, com apresentação de informação preventiva em suporte de papel e demonstração de comportamentos preventivos (e.g. correcta utilização do uso do preservativo). A outra intervenção tratou-se de um Programa de Prevenção do

VIH/SIDA Focalizado na Mulher, onde foi apresentada a mesma informação de carácter informativo e educativo que a intervenção *standard*, acrescentando componentes como o treino da negociação do preservativo com o parceiro, treino de estratégias de prevenção da violência, treino de estratégias de comunicação, discussão acerca de uso de drogas, e ainda, adaptada culturalmente aos mitos do contexto acerca da prevenção e cura da doença, e ao género feminino. Entre as 93 participantes iniciais, foi possível observar elevadas taxas de risco sexual e história de violência. Destas, 80 concluíram o seguimento de um mês, tendo os resultados demonstrado que ambas as intervenções foram eficazes na diminuição de comportamentos sexuais de risco e consumo de drogas. No entanto, a *Intervenção Focalizada na Mulher* demonstrou ser mais eficaz na prevenção da violência, o que, tal como já foi referido anteriormente, é um forte preditor de comportamentos de risco para o VIH na mulher. Perante tais resultados, os autores concluem que, em matéria de prevenção do VIH na mulher, neste caso africana, é necessário trabalhar competências preventivas de forma focalizada e contextualizada culturalmente. Ou seja, mais uma vez, evidenciou-se que as intervenções com treino de competências mostram ser eficazes na prevenção do VIH na mulher africana, principalmente quando estas são especificamente adaptadas ao grupo alvo a que se destinam.

A cultura local, como os seus costumes e rituais, tem uma importância fulcral em determinadas comunidades africanas, pelo que é de toda a importância atender a essas questões e até aproveitá-las quando se aborda a questão do VIH entre a população feminina. A exemplificar esta integração da promoção da saúde sexual e prevenção do VIH nos rituais africanos locais, surge-nos a investigação desenvolvida por Muyinda, Nakuya, Pool e Whitworth (2003) no Uganda, onde implementaram uma intervenção dirigida à prevenção do VIH, integrando-se na cultura local e na organização já existente. No Uganda, tradicionalmente, as responsáveis pela educação sexual dos adolescentes é uma agente local designada de “*senga*” (traduzido significa “tia paterna”). Esta é uma tradição mantida desde há muitos anos e que ainda hoje vigora em grande parte das comunidades ugandesas. Partindo deste conhecimento, Muyinda e colaboradores (2003), desenvolveram um estudo piloto que avaliou a eficácia da integração destas agentes nas acções de promoção da saúde feminina e prevenção de ISTs, entre as quais, o VIH. Assim, planearam dois tipos de intervenção em aldeias distintas: uma de controlo, sem intervenção tradicional, ou seja, sem a intervenção das agentes locais designadas de *sengas*; e outra com integração de *sengas* previamente

treinadas acerca da passagem de informação e competências para o sexo seguro. Procedeu-se a uma avaliação após seis e 12 meses de desenvolvimento das intervenções. Os resultados desta investigação demonstraram que o grupo de intervenção com as agentes *senga* foram mais solicitadas pelas mulheres da comunidade, do que o grupo de intervenção controlo. Na avaliação do seguimento de 12 meses, as mulheres que participaram na intervenção com as *senga*, quando comparadas com as mulheres do grupo de controlo, demonstraram melhorias em várias componentes relacionadas com comportamentos sexuais mais seguros, tais como, maior nível de conhecimentos correctos acerca da doença e formas de transmissão (94% vs 87%), mais comunicação com os parceiros acerca de temáticas do foro sexual (54% vs 45%), mais comunicação com a comunidade acerca de questões sexuais e reprodutivas (31% vs 27%), maior nível de utilização do preservativo (73% vs 55%), menor verificação de sintomas de ISTs (4% vs 18%), e maior relato acerca de visitas a serviços de planeamento familiar (50% vs 18%). Perante estes resultados os autores acreditam que a combinação de técnicas e componentes de prevenção da saúde sexual da esfera “moderna” com a “tradicional” é o melhor caminho para o sucesso das intervenções desenvolvidas com a população feminina de contextos rurais africanos (Muyinda, Nakuya, Pool & Whitworth, 2003; Muyinda, Nakuya, Whitworth & Pool, 2004). Ou seja, a integração de técnicas modernas de aconselhamento e conhecimentos correctos e actualizados acerca da saúde sexual e reprodutiva nos canais de comunicação já existentes nas comunidades, parece ser uma via eficaz e socialmente aceite para a promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/SIDA em contextos africanos tidos como pouco acessíveis geográfica, social e culturalmente. Estes aspectos devem ser tidos em conta e valorizados aquando do desenho de intervenções com população com características semelhantes àquelas que este estudo apresentou.

### **3.4. Intervenções Comunitárias**

No âmbito da abordagem das intervenções psicossociais e comportamentais que visam a promoção da saúde e a prevenção do VIH na mulher, para além dos programas individuais e em grupo, existem também as intervenções de cariz comunitário. Existem variados programas de intervenção, baseados em diferentes abordagens de prevenção do VIH ao nível da comunidade, sendo elas as intervenções baseadas na influência social e

redes sociais, os programas de extensão, os programas na escola, a promoção e *marketing* social do preservativo, a organização e potenciação comunitária e, ainda, as intervenções ao nível de políticas (UNAIDS, 2001). Cada um deste tipo de intervenção comunitária tenta reduzir a vulnerabilidade individual e a transmissão do VIH, mas também a mudança das normas comunitárias, a limitação da dispersão das redes de alta seroprevalência e a mudança das estruturas organizacionais da comunidade que favorecem o risco (Friedman, 1997; cit. por UNAIDS, 2001).

Este tipo de intervenção preventiva apresenta como principais vantagens o facto de serem económicas e alcançarem um grupo vasto. Além disso, a literatura tem vindo a sugerir que esta abordagem é uma das formas mais eficazes de educar as pessoas no que se refere ao VIH e suas vias de transmissão, assim como, de modificar as normas sociais que influenciam o comportamento sexual. No contexto das normas sociais, é particularmente importante a consideração e a integração da questão do *empowerment* da mulher que usualmente estes programas abordam (Sikkema, Kelly, Winett, et al., 2000; Straub, 2002). As intervenções comunitárias tendem também a ter um conhecimento privilegiado acerca da população à qual se dirigem (Chillag, Bartholow, Cordeiro, Swanson, Paterson, Stebbins, Woodside & Sy, 2002), o que as coloca num plano mais realista em termos de ingredientes que devem compor o programa de intervenção.

A literatura refere algumas intervenções comunitárias de sucesso na prevenção do VIH/SIDA. Por exemplo, o Modelo de São Francisco (Coates, 1990; cit. por Straub, 2002) é um dos primeiros exemplo de um programa comunitário, de elevadas dimensões geográficas e populacionais, direccionado para a prevenção do VIH/SIDA. Este desenvolveu-se em 1982, na cidade de São Francisco e envolveu várias organizações comunitárias, tais como, escolas, centros de planeamento familiar, igrejas, etc., com o objectivo de ensinar práticas sexuais seguras à população. Este programa indicou ser eficaz, na medida em que diminuiu o envolvimento em comportamentos de risco de 60% para 30%, na população da cidade. Nesta mesma cidade norte-americana Sieverding, Boyer, Siller, Gallaread, Krone, Chang (2005) testaram a eficácia de uma intervenção, designada de *Youth United Through Health Education (YUTHE)*, em contexto comunitário. Partindo do princípio de que a detecção e tratamento precoce de ISTs é uma forma de prevenção do VIH, avaliaram a eficácia deste programa de promoção da saúde sexual entre adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 22 anos. Estes jovens foram recrutados num bairro de São Francisco, em locais como

ginásios, escolas, locais de recrutamento para emprego, etc. A intervenção baseou-se essencialmente em mensagens educativas acerca dos perigos das ISTs, formas de transmissão e tratamento, e também em mensagens de sensibilização para o rastreio. Foram desenvolvidos encontros de grupo com jovens e educadores juvenis devidamente treinados. O programa previu a testagem para algumas ISTs, nomeadamente, a clamidíase. A intervenção foi comparada com um grupo de controlo, um outro bairro da cidade que não passou pela intervenção. Assim, foram recrutados 2078 jovens, de ambos os sexos, com uma média de idade de 18.7 anos. Foram efectuadas avaliações periódicas entre os bairros nos períodos compreendidos entre 1998 e 2002. Embora com algumas oscilações no decorrer dos anos, os resultados demonstram que, em 2002, os jovens de ambos os sexos, pertencentes ao grupo de intervenção, tinham uma menor probabilidade de infecção por clamidíase do que os jovens do grupo de controlo ( $p < .001$ ).

Também Oliva, Rienks, Udoh e Smith (2005) desenvolveram uma investigação cujo objectivo passou por testar a eficácia de uma intervenção comunitária de natureza biopsico-comportamental (BPC) de prevenção do VIH num projecto educacional e de prevenção dirigido a mulheres trabalhadoras do sexo, em contexto norte-americano. Os resultados preliminares desta investigação indicaram que a intervenção em causa foi eficaz ao nível da melhoria das atitudes relacionadas com a utilização do preservativo, da auto-eficácia em relação ao uso do preservativo, e das intenções de reduzir o risco sexual face a outras ISTs e ao VIH.

A investigação levada a cabo por Sikkema e colaboradores (2000) também é exemplo de uma intervenção comunitária viável, onde uma série de programas de intervenção foram desenvolvidos, com mulheres residentes em 18 habitações sociais de cinco meios urbanos americanos. As habitações das cidades foram randomizadas de forma a receberem (1) a intervenção comunitária ou (2) o programa com pacotes que incluíam panfletos informativos acerca do SIDA, preservativos gratuitos e possibilidade de obterem preservativos adicionais (condição comparativa). A intervenção comunitária incluiu os mesmos componentes do programa de comparação, e ainda passou por *workshops* de redução do risco face ao VIH e outras actividades comunitárias. Nos *workshops* foram abordadas questões como educação face às ISTs e VIH, saúde sexual e reprodutiva feminina, uso do preservativo, assertividade sexual e competências de negociação. Houve ainda outros eventos de prevenção do VIH de cariz comunitário como, por exemplo, concursos sobre a temática do sexo seguro nas mulheres, concertos

com mensagens de prevenção da SIDA, etc. As actividades contaram com a presença de uma líder de opinião residente. A avaliação dos comportamentos de risco, realizada em dois momentos, no pré-teste com 1.265 mulheres, e no de seguimento de um ano com 690 mulheres, permitiu chegar a resultados que demonstram que houve uma diminuição do sexo desprotegido no grupo de intervenção comunitária de 50% para 38%, enquanto que no grupo de controlo houve uma manutenção de 50% para 46%; um aumento do uso do preservativo nas mulheres pertencentes ao grupo da intervenção comunitária (de 30% para 47%), sem alterações significativas no grupo de condição comparativa (de 34% para 36%). Além disto, foram também observados efeitos significativos da intervenção comunitária ao nível da mudança do comportamento sexual, quando comparada com a condição de controlo, nas seguintes medidas: ter preservativos em casa ou na mala, maior pontuação obtida nas medidas de conhecimento acerca do SIDA, maior percepção de risco pessoal face ao SIDA, e discussão mais frequente sobre o uso do preservativo. Os resultados desta investigação evidenciam a eficácia de uma intervenção de mudança de comportamento de cariz comunitário no que se refere a uma série de comportamentos sexuais de risco.

Em contexto asiático, mais propriamente no Camboja, Busza e Baker (2004), desenvolveram uma investigação de cariz qualitativo e quantitativo combinados, onde avaliaram a eficácia de uma intervenção comunitária de prevenção do VIH, focalizada na familiarização e introdução do preservativo feminino em trabalhadoras sexuais imigrantes Vietnamitas ( $n=300$ ). Esta intervenção combinou acções/actividades educativas, como exposição de informação acerca da saúde reprodutiva, ISTs, comportamentos sexuais de risco para a saúde, etc; com o treino de competências, nomeadamente, no que se refere ao uso e negociação do preservativo feminino. Os resultados desta investigação demonstraram que, após a intervenção, 16% das participantes relatou ter passado a introduzir o uso do preservativo nas suas práticas sexuais no âmbito da prostituição. A análise qualitativa do relato das participantes permitiu ainda verificar que estas se sentiam mais confiantes e detentoras de controlo no decorrer dos encontros sexuais com os clientes, havendo as que referiram que os utilizaram secretamente, sem que os clientes se apercebessem, pois encontravam-se alcoolizados. Estes resultados demonstraram ainda que, os clientes que não gostavam da ideia de usar o preservativo feminino durante o acto sexual, sugeriam a utilização do preservativo masculino como alternativa, algo que até então não acontecia. Estes resultados permitem concluir que também no que toca à promoção do preservativo



feminino, as intervenções de sensibilização que combinam estratégias educativas com treino de competências, de cariz comunitário, demonstram ser bastante eficazes. Perante esta constatação, os autores são da opinião de que este tipo de intervenção deveria ser disseminado, pois o preservativo feminino tem demonstrado ser uma das principais armas em prol do *empowerment* da mulher durante os encontros sexuais e, como tal, um forte contribuidor para a sua segurança e protecção.

As intervenções baseadas nas teorias de influência social, difusão da inovação e utilização de pares, são bastante usuais no seio das intervenções comunitárias (UNAID, 2001). As investigações desenvolvidas com a utilização de pares para influenciar redes sociais têm demonstrado ser eficazes, nomeadamente, em grupos de mulheres. Kalichman (1998; cit. por UNAIDS, 2001) faz referência a uma investigação onde foi avaliada a eficácia de uma intervenção implementada num bairro urbano norte-americano socioeconomicamente desfavorecido. A intervenção incluía pequenos grupos e actividades comunitárias para encorajar normas sociais que defendem a sexualidade segura, assim como, a redução do comportamento individual de risco. As mulheres que foram identificadas como líderes de opinião participaram numa intervenção de 4 sessões de treino de competências centradas no conhecimento acerca do VIH e comportamentos de prevenção. Estas mulheres recrutaram outras mulheres da comunidade que participaram na mesma intervenção. Este ciclo de recrutamento por pares continuou até cerca de metade das mulheres do bairro terem sido integradas. Os resultados desta investigação demonstraram que a utilização do preservativo entre as mulheres deste bairro aumentou de 29% no pré-teste, para 41% na avaliação de seguimento de 3 meses.

Em suma e de acordo com Costa (2007), as intervenções que privilegiam a abordagem comunitária podem ser muito eficazes, quando estas não são meramente expositivas e dão um papel activo às mulheres. Ou seja, para serem efectivas, estas intervenções devem envolver as mulheres nas actividades de prevenção, de forma a ajudá-las a desenvolverem competências de redução do risco e normas de grupo de pares como forma de reforçar as mudanças desejadas. No que se refere a questões como a relação custo-eficácia, a sustentabilidade, e a generalização dos benefícios (principalmente o *empowerment*) as intervenções comunitárias são, sem dúvida, mais benéficas e vantajosas do que as intervenções de cariz individual e em pequeno grupo.

De acordo com Latkin e Knowlton (2005), as intervenções baseadas na comunidade, que se preocupam com a envolvimento e participação da comunidade local, têm um grande poder em termos de mudança social. No entanto, estas devem ser

suficientemente flexíveis de forma a dirigirem-se às necessidades de diferentes grupos e abarcarem as diferentes normas que podem dissipar a mudança comportamental. Na opinião dos autores (Latkin & Knowlton, 2005), embora a mudança comportamental seja individual, o suporte e manutenção da comunidade ajudam a tornar essa mudança efectiva e sustentável. Para ser eficaz, uma intervenção tem de ser capaz de contrariar as normas sociais que impedem a adopção de comportamentos mais saudáveis e isto só é possível através da envolvência comunitária. Concluindo, as intervenções comunitárias têm o importante papel de criar um ambiente propício à mudança social e à contradição de normas socioculturais que possam estar a dificultar a mudança individual. A literatura sugere que em matéria de mudança sociocultural, as intervenções comunitárias são as mais eficazes.

#### **3.4.1. Eficácia de Intervenções Comunitárias com População Africana e Afro-Americana**

A literatura faz referência a alguns estudos que avaliaram a eficácia de intervenções comunitárias especificamente com população afro-americana e africana. Passaremos assim, a descrever algumas delas.

Em 2003, Murdock, Garbharran, Edwards, Smith, Luchmiah e Mkhize desenvolveram uma investigação cujo objectivo passou por avaliar a eficácia de uma intervenção comunitária baseada na passagem informação acerca do VIH, saúde pública e higiene num grupo de mulheres ( $n=480$ ) sul-africanas, provenientes de contextos socioeconómicos desfavorecidos. A intervenção em causa baseou-se na passagem de informação por via de 12 pares da comunidade, ou seja, 24 mulheres da própria comunidade previamente treinadas. Foram desenvolvidos *workshops* e a discussão em *focus group*, cada um dos grupos foi liderado por um par de mulheres pertencentes à comunidade. As participantes foram avaliadas antes (pré-teste) e depois (pós-teste) da intervenção. Os investigadores tiveram o cuidado de elaborar material de intervenção simples e adaptado à população, traduzindo alguns dos materiais para dialecto e recorrendo ao uso de imagens e fotografias alusivas aos temas em questão. Os resultados desta investigação demonstraram que, do pré para o pós-teste, registou-se um aumento dos níveis de auto-eficácia geral e de comunicação acerca dos serviços de saúde pública e de higiene, assim como, de questões e dúvidas acerca do VIH; um maior nível de conhecimentos acerca do VIH, com a dissipação de vários mitos sobre a transmissão do vírus; e um maior interesse em conhecer e usar o preservativo feminino.

Os autores realçam a importância da inserção dos pares na eficácia deste tipo de intervenção, pois conferem credibilidade, aceitação e confiança à informação que é transmitida. Os autores referem ainda que após o término da investigação, estas mulheres que serviram de pares no decorrer da intervenção, passaram a ser vistas como consultoras e líderes em termos de educação para a saúde dentro da comunidade, o que aproximou a informação e o esclarecimento de dúvidas para as mulheres pobres desta comunidade sul-africana. Os resultados da presente investigação sugerem que, quando devidamente adaptadas, as intervenções educativas breves de natureza comunitária, mostram-se relevantes em termos de disseminação da informação. Ou seja, quando desenvolvidas em contexto comunitário, a mensagem destas acções consegue chegar a outras mulheres, para além das que participaram na intervenção.

Também Lauby, Smith, Stark, Person, e Adams (2000) avaliaram a eficácia de uma intervenção de cariz comunitário em mulheres Afro-Americanas ( $n=3222$ ), com poucos recursos financeiros, provenientes de quatro comunidades urbanas. O objectivo deste estudo foi avaliar os efeitos desta intervenção dirigida à prevenção do SIDA, especificamente no que se refere ao uso do preservativo. A taxa de frequência do uso do preservativo foi avaliada através do auto-relato das participantes, em resposta a um questionário, antes e depois da intervenção. O programa integrou múltiplas actividades de cariz comunitário que consistiram na distribuição de material informativo acerca da prevenção do SIDA, na mobilização de voluntários treinados para esclarecimentos, e no desenvolvimento de actividades de debate em pequeno grupo. Este desenvolveu-se no decorrer de dois anos e envolveu a participação de várias organizações e profissionais das próprias comunidades. Foi dada especial atenção à componente da importância do preservativo. Por exemplo, foram distribuídos panfletos (sensíveis culturalmente) com descrição de histórias de mulheres semelhantes à das comunidades em causa, que tinham percebido a importância do preservativo na sua saúde. Além disto, foram também distribuídos preservativos pelas comunidades. Para efeitos comparativos, houve um grupo de controlo, sem intervenção. Os resultados deste estudo demonstraram que, antes da intervenção comunitária, 68% das participantes referiram não ter intenção de usar o preservativo com os seus parceiros principais e 70% simplesmente nunca o tinha usado. Depois de dois anos de desenvolvimento de actividades comunitárias de prevenção do VIH, verificou-se que as taxas de utilização do uso do preservativo eram significativamente mais elevadas entre as mulheres que participaram na intervenção, comparativamente às mulheres pertencentes ao grupo de controlo ( $p=.03$ ). O grupo de

intervenção comunitária também exibiu aumentos significativos no que se refere à intenção de convencer o parceiro a utilizar o preservativo ( $p=.01$ ). Perante a apresentação dos dados recolhidos no decorrer desta investigação, Lauby e colaboradores (2000) concluem que a proporção de mulheres em risco que não atende à importância do preservativo ainda é muito elevada. No entanto, consideram que as intervenções comunitárias podem ser um contributo muito válido na inversão desta situação, na medida em que se apresentam como um meio eficaz de alcançar um grande número de mulheres e uma forma eficaz de sensibilização da importância do uso do preservativo como forma de protecção sexual.

Pettifor, Kleinschmidt, Levin, Rees, MacPhail, Madikizela-Hlongwa, Vermaak, Napier, Stevens e Padian (2005) são da opinião de que os programas comunitários de prevenção do VIH, embora tenham um carácter mais generalista, não devem descurar as desigualdades e especificidades de género que colocam as mulheres em maior risco para a infecção pelo VIH. As intervenções comunitárias devem enfatizar a importância do tratamento das ISTs, tal como da redução do número de parceiros sexuais. Estes autores desenvolveram uma investigação de cariz comunitário dirigida à prevenção do VIH em 8.735 jovens sul-africanos, com idades compreendidas entre os 14 e os 24 anos. Os resultados da avaliação do pré-teste indicaram diferenças de género, tendo as mulheres apresentado maiores índices de prevalência do VIH (20% vs. 7.5%), o que é consistente com outras realidades africanas e encoraja os autores a reforçar a necessidade da adaptação em termos de género mesmo em intervenções tão vastas em termos populacionais como são as comunitárias.

A literatura faz referência a várias organizações comunitárias, em África, que surgem com o objectivo de promover acções de prevenção face ao VIH e de desenvolver medidas que ajudam a amortecer o impacto do estado de seropositividade na mulher. No entanto, é importante referir que, embora se documente que estas são um valioso recurso em termos de respostas na comunidade, há uma grande escassez de estudos de avaliação da eficácia das intervenções. Por exemplo, em Moçambique, Santamaría (2005) refere que, em resposta à constatação de que a mulher é a principal vítima nacional do SIDA, aliada à inexistência de instituições próprias que se destinam à prevenção do VIH e que apoiam a mulher seropositiva, foi criada uma Associação feminina, a Kuyakana – Rede Nacional de Mulheres Vivendo com o HIV/SIDA, que promove uma série de acções relacionadas com a luta contra o VIH na mulher. Esta organização assenta a sua acção em tarefas como a advocacia para a promoção do

preservativo feminino (muito escasso e inacessível no país), gestão de stress na doença, aconselhamento básico acerca do SIDA, promoção da integração de género, apoio domiciliário a pessoas portadoras do VIH, etc. Embora não existam referências científicas acerca da eficácia destas intervenções, encontram-se documentos que referem que estas actividades, desenvolvidas em vários pontos do país, têm contribuído para apoiar as mulheres na criação de projectos pessoais após o diagnóstico VIH positivo, e na promoção de acções de *empowerment* e auto-estima das mulheres nas relações de género. Alguns dos pontos fortes que favorecem a eficácia das intervenções comunitárias prendem-se com factores estruturais (clima político e leis de suporte favoráveis), socioculturais (conhecimento acerca das normas culturais, credibilidade depositada no *staff* das organizações promotoras na intervenção, história de activismo na comunidade), organizacionais (objectivos e missões claras, boa acessibilidade à organização) e individuais (boa rede de suporte social, atenção com os clientes, fornecimento de incentivos) (Chillang et al., 2002).

### **3.5. Campanhas Publicitárias e de Educação Massiva (na População em Geral)**

A literatura tem sugerido que outra forma de intervenção informativa em larga escala, podendo chegar a um elevado número de pessoas, são as campanhas publicitárias, principalmente aquelas que chegam por via dos “*mass media*”. Em muitos países, este tipo de educação massiva, foi o primeiro passo nas estratégias de prevenção do VIH/SIDA. Estas conseguem surtir efeitos positivos na prevenção do SIDA, nomeadamente, em termos de percepção de risco e percepção de auto-eficácia (Agha, 2003). A educação massiva para a prevenção do VIH/SIDA é vista como um componente chave na intervenção abrangente (Hoctgrave, 1997; cit. por UNAIDS, 2001). As mensagens veiculadas pelos órgãos de comunicação/informação são dirigidos para o público em geral e visam ensinar às pessoas factos essenciais acerca da doença, promovendo comportamentos saudáveis, acalmando ansiedades acerca da transmissão e prevenindo a discriminação (UNAIDS, 2001).

São várias as campanhas e mensagens veiculadas de forma a chegar a um público massivo. No entanto, as avaliações de eficácia acerca destas medidas de prevenção são escassas. Denota-se assim uma escassez de investigação a esse nível, nomeadamente, em países africanos. A investigação desenvolvida por Agha (2003), no

Quénia, é um dos raros casos deste tipo de investigação. A autora desenvolveu uma investigação no Quénia com o objectivo de verificar se as campanhas de prevenção do SIDA, veiculadas pelos meios de comunicação, demonstram ter efeitos ao nível de alguns preditores de risco, tais como, a percepção de risco e a percepção de auto-eficácia no uso do preservativo. Assim, foram seleccionados, a partir dos próprios domicílios, 2213 indivíduos sexualmente activos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 15 e os 39 anos. O questionário utilizado avaliou o nível de exposição a campanhas publicitárias genéricas e específicas dirigidas à prevenção do VIH e à promoção do uso do preservativo. Também foram avaliados preditores como a percepção de risco pessoal, a auto-eficácia, o nível de disponibilidade do preservativo e a utilização efectiva do preservativo. Foram utilizadas análises de regressão para determinar o impacto da exposição a mensagens nestes preditores de mudança comportamental. Os resultados demonstram que os indivíduos mais expostos a mensagens de prevenção do VIH/SIDA canalizadas pelos *mass media* foram aqueles que também exibiram uma maior percepção de risco face à doença e demonstraram ter um maior conhecimento acerca da sua gravidade. Uma maior exposição a mensagens publicitárias de prevenção também se mostrou correlacionada com níveis mais elevados de auto-eficácia pessoal, crenças mais positivas na eficácia do uso do preservativo, e menores barreiras percebidas e embaraço para a aquisição de preservativos. Assim, Agha (2003) concluiu que as campanhas publicitárias e os *mass media* podem ser eficazes ao nível de algumas medidas que visam a prevenção do VIH, pelo que sugere que os meios de comunicação privilegiados devem insistir na passagem de mensagens favoráveis ao uso do preservativo, de forma a influenciar e motivar a consciência social para a sua utilização. Os resultados desta investigação reforçam a importância e o poder comunicativo abrangente que os meios de comunicação podem ter em contextos socioeconómicos mais desfavorecidos em prol da prevenção do VIH/SIDA.

Em 1996, uma revisão de 29 estudos, desenvolvidos em 18 países diferentes, procurou avaliar as campanhas relacionadas com o VIH nos órgãos de informação. Esta investigação concluiu que as campanhas que possuíam o objectivo de aumentar os conhecimentos a nível individual e a mudança de atitude e comportamento, foram geralmente bem sucedidas nos seus objectivos (Hoctgrave, 1997; cit. por UNAIDS, 2001). No entanto, é de realçar que as metas dos projectos revistos não foram mencionadas. Além disso, um número significativo dos relatórios revistos carecia de

informação acerca dos processos metodológicos. Assim sendo, é difícil compreender a magnitude dos resultados “bem sucedidos” (UNAIDS, 2001).

Também a *internet* pode ter um papel privilegiado na veiculação de informação pertinente na prevenção do VIH, pois é um meio atractivo e acessível a várias populações (Pequegnat, Rosser, Bowen, Bull, DiClemente, Bockting, Elford et al., 2007). No entanto, devemos ter em atenção que este é um meio de comunicação de difícil acesso a várias populações provenientes de países ou contextos sociais mais desfavorecidos, como é o caso de muitas comunidades africanas.

Cohen (1992), analisou as mensagens adoptadas pelos programas de educação e informação de 38 países diferentes, tendo verificado que mais de 90% se debruçavam na desmistificação de percepções incorrectas acerca do VIH/SIDA e 80% fornecia informação acerca da avaliação pessoal (Cohen, 1992; cit. por UNAIDS, 2001). De acordo com Kalichman (1997), os programas de educação massiva, nomeadamente as campanhas publicitárias, são bem sucedidas em termos de aumento da consciência da doença, aumento da informação acerca do risco, e em alguns casos, são suficientes para operar a mudança comportamental, traduzindo-se num aumento da compra do preservativo (Kalichman, 1997; cit. por UNAIDS, 2001).

Em suma, é de realçar a insuficiência de estudos que avaliam a eficácia das campanhas publicitárias na mudança comportamental na prevenção do VIH/SIDA na mulher, quer em África, quer no resto do mundo. No entanto, os poucos estudos encontrados sugerem que estas podem ser eficazes, principalmente no aumento da percepção de risco face à doença e no aumento de atitudes positivas em relação ao preservativo.

### **3.6. Reflexão Crítica Acerca das Intervenções e Questões Metodológicas**

A intervenção comportamental é eficaz na prevenção do VIH/SIDA, na medida em que aumenta os conhecimentos acerca da doença, incrementa a consciência do risco e vulnerabilidade, e cria oportunidade para o treino de competências específicas necessárias à protecção (Hong & Li, 2008). No entanto, Vieira e colaboradoras (2003) são da opinião de que a informação assimilada, por si só, não é um indicador de mudança comportamental. Mesmo quando se constata que existe informação suficiente face a comportamentos de risco para o VIH/SIDA, esta não é congruente com o

comportamento sexual efectivo. No seguimento dos resultados do estudo desenvolvido por Vavrus (2006), é legítimo considerar que, mesmo reconhecendo que há uma forte relação entre o nível educacional e os conhecimentos acerca do SIDA, a informação e formação direccionada para a prevenção do SIDA, tem que ir para além das intervenções educativas. Em África, particularmente, a formação em termos de VIH/SIDA tem que ir para além da educação geral em termos de saúde, é necessário combinar o conhecimento em termos de prevenção com a aprendizagem de competências para a negociação de comportamentos sexuais seguros, adaptados ao contexto social local. Vavrus (2006), defende que há várias actividades que devem ser desenvolvidas no contexto africano e que devem ser sensíveis às especificidades culturais, sendo que algumas delas passariam por desenvolver acções de pares nas comunidades locais, onde as mulheres fossem envolvidas na aprendizagem de competências relacionais e de negociação. Por exemplo, de acordo com a UNFPA (2002), muitas mulheres apreciam a oportunidade de discutir as suas experiências e histórias de violência. Esta oportunidade pode ser encontrada no decorrer de intervenções como as que têm vindo a ser apresentadas. Por outro lado, as intervenções dirigidas à promoção do uso do preservativo devem ter em linha de conta as normas sociais da população a que se dirigem (Kocken, Dorst, & Schaalma, 2006). É de extrema importância que os programas de prevenção do VIH dirigidos à redução do risco na mulher foquem os aspectos sociais que continuam a colocá-las numa situação de desigualdade em relação aos homens (Zierler & Krieger, 1997). A integração destes ingredientes de forma planeada e consistente só é possível em intervenções com múltiplas sessões e que se dediquem ao treino e aquisição de competências, pois oferecem tempo e espaço para a abordagem a estas questões tão elaboradas e complexas.

Por tudo quanto foi referido anteriormente, entre a comunidade científica, há uma larga unanimidade no que se refere a considerar que as intervenções com treino de competências são mais eficazes na prevenção do VIH/SIDA em mulheres, do que as meramente educativas. No entanto, também já se verificou que, em certas circunstâncias, as intervenções educativas são igualmente eficazes. Há vários estudos que se debruçam na comparação entre ambas. Por exemplo, Raj, Amaro, Cranston, Martin, Cabral, Navarro e Conron (2001) desenvolveram uma investigação dirigida a mulheres ( $n=162$ ) jovens (dos 18 aos 35 anos) hispânicas, com um baixo nível de escolaridade, e provenientes de contextos socioeconómicos desfavorecidos, a residir nos



EUA, cujo objectivo passou por avaliar a eficácia de duas intervenções dirigidas à prevenção do SIDA, em comparação com um grupo de controlo. Uma das intervenções baseou-se num programa intensivo dirigido à prevenção do VIH, onde focaram apenas a problemática desta doença e utilizaram estratégias socioeducativas com resolução de problemas em grupo, e abordaram componentes como o *empowerment* na mulher. A outra intervenção foi relativa a um programa geral de promoção da saúde feminina, que abordou a temática do VIH como um de muitos outros tópicos abrangidos, numa perspectiva essencialmente de carácter informativo e educativo. Os resultados desta investigação revelaram que ambas as intervenções foram eficazes na promoção do uso do preservativo. No entanto, o programa intensivo sobre o VIH mostrou-se mais eficaz na promoção da negociação do sexo seguro quer no pós-teste, quer no seguimento de três meses. Por outro lado, o programa geral de promoção para a saúde, de carácter mais educativo, evidenciou-se mais eficaz na promoção da testagem para o VIH. Conclui-se, assim, que ambas as intervenções foram eficazes na promoção da saúde e prevenção do VIH na população feminina. Estas conclusões apontam para o facto de que diferentes tipos de intervenção complementam-se e conseguem alcançar metas desejáveis, sendo portanto necessário e importante seleccioná-las de acordo com os objectivos e população alvo que se pretende atingir. De acordo com a UNFPA (2001), quanto mais os programas conciliem actividades educativas de comunicação com intervenções específicas, quer a um nível individual, quer em grupo, maior é o impacto positivo e contínuo sobre atitudes, normas sociais e mudança de comportamento relacionadas com a prevenção do VIH.

Quer se tratem de intenções breves ou de múltiplas sessões com o treino de competências, ou de cariz comunitário, de acordo com Locke e Newcomb (2008), a eficácia dos programas de prevenção face ao VIH/SIDA devem ser cuidadosamente monitorizados para adequação a diferentes realidades e grupos étnicos. Warren, Fernandez, Harper, Hidalgo, Jamil e Torres (2008) referem que diferentes grupos étnicos têm associados diferentes preditores para comportamentos de risco para a infecção pelo VIH. Esta constatação resultou de uma investigação que desenvolveram com jovens de diferentes grupos étnicos, em contexto norte-americano. Com esta investigação verificaram que, no que respeita aos indivíduos de origem africana, os factores mais associados ao sexo desprotegido foram as relações de longo prazo, viver de forma independente, e apresentar uma iniciação sexual precoce. Já no grupo dos jovens de origem latina, as variáveis que se evidenciaram mais associadas a estes

comportamentos de risco foram o elevado grau de identidade/filiação à cultura étnica e a iniciação da actividade sexual mais tardia. O grupo de jovens caucasianos não apresentou qualquer associação estatisticamente significativa entre variáveis psicossociais e comportamentos sexuais de risco. Este estudo é mais um contributo para a consciencialização de que é necessário e de extrema importância traçar intervenções para a prevenção do VIH étnica e culturalmente sensíveis.

Uma forma de adaptação das intervenções ao contexto cultural pode passar por potencializar os próprios agentes comunitários e tradicionais. Partindo desta premissa, Peltzer, Mngquandaniso e Petros (2006) desenvolveram uma investigação, em contexto Sul-Africano, onde tentaram avaliar a eficácia de uma intervenção dirigida à prevenção do VIH, outras ISTs e Tuberculose (TB), envolvendo terapeutas tradicionais. Assim, de um total de 233 terapeutas tradicionais seleccionados, 160 integraram a intervenção experimental e 73 integraram o grupo de controlo. Os primeiros receberam treino específico para a prevenção de ISTs, entre as quais, o VIH, assim como, para a TB e outras temáticas de saúde, durante três dias e meio, com uma enfermeira e um curandeiro mais experiente nos temas abordados. Foi-lhes cedido material informativo e treino em vários módulos como VIH e outras ISTs, Tuberculose, nutrição, papel dos curandeiros na saúde, etc. No que respeita à abordagem do VIH/SIDA foram focadas questões como a percepção cultural da doença, comportamentos de risco e redução do risco, o uso correcto e efectivo do preservativo, entre outras. O grupo de controlo não recebeu qualquer tipo de intervenção. As avaliações de seguimentos de sete e nove meses demonstram que os agentes tradicionais que passaram pela intervenção encontravam-se significativamente mais informados acerca das doenças abordadas e mais aptos em termos de aconselhamento no que se relaciona com questões como a redução de comportamentos de risco para o VIH, do que os colegas do grupo de controlo. Estes também demonstraram sugerir mais vezes o encaminhamento para um médico profissional ao seus utentes, do que os curandeiros do grupo de controlo. Os resultados desta investigação sugerem que a preparação e posterior integração dos agentes de saúde locais podem apresentar-se como uma arma muito eficaz na luta contra o VIH em contextos onde a presença destes tem uma importância cultural e social incontestável, como é o caso dos países do continente africano.

Durantini, Albarracín, Mitchell, Earl, e Gillette (2006) desenvolveram uma meta-análise sobre 166 intervenções de prevenção do VIH, com o objectivo de identificar as características dos peritos que participam nas intervenções e contribuem

para a eficácia das mesmas junto de vários grupos de risco. Assim, foi possível constatar que, no que se refere às mulheres participantes nas intervenções de prevenção do VIH, os resultados sugerem que estas preferem participar em intervenções cujos peritos pertençam ao mesmo género, grupo étnico e ao seu grupo de risco. Já os homens preferem peritos provenientes de diferentes grupos étnicos do seu e que não pertençam ao seu grupo de risco em termos de infecção pelo VIH. Relativamente à etnicidade, as populações africanas estudadas preferem intervenções com peritos pertencentes ao género, grupo étnico e ao seu grupo de risco. Aqui, convém realçar que os africanos residentes nos EUA não especificam o tipo de peritos em termos de origem comunitária; já outros africanos, como os residentes no próprio continente, preferem peritos pertencentes à mesma comunidade. Relativamente à idade, os participantes com idade inferior a 21 anos, parecem preferir peritos do mesmo género, grupo étnico, grupo de risco e dentro da mesma faixa etária. Os participantes com idade superior a 21 anos, preferem peritos do mesmo género, grupo étnico, e grupo de risco, sendo indiferentes à mesma faixa etária. Em relação aos grupos de risco, os resultados sugerem que o grupo de homossexuais não são sensíveis ao facto dos peritos pertencerem ou não ao seu grupo de risco, ou seja, que sejam também homossexuais. Já os utilizadores de drogas endovenosas, participantes cujos parceiros utilizam drogas endovenosas, participantes heterossexuais com múltiplos parceiros, trabalhadores (as) sexuais e participantes que não usam preservativo no decorrer das relações sexuais, preferem participar em intervenções cujo perito é alguém que pertence ao seu grupo de risco. Os resultados desta investigação são pertinentes na medida em que iluminam a prática no sentido de indicar qual deve ser a constituição do grupo de profissionais que desenvolve/participa nas intervenções, tornando-as assim mais sugestivas e adaptadas ao grupo a que se dirigem.

Em África, as normas culturais revelam-se um dos principais obstáculos ao sucesso de intervenções preventivas, o que por vezes tem a ver com o facto dos conteúdos dos programas terem significados diferentes para grupos e comunidades diferentes, podendo chocar e confrontar com as normas socioculturais (UNESCO & SAFAIDS, 2001). Tal como foi possível verificar, através da exposição dos resultados da avaliação da eficácia de várias intervenções em contexto africano, a compreensão da natureza e influência dos factores culturais, assim como, a adaptação das componentes que envolvem toda uma intervenção, são essenciais no sucesso das mesmas. De acordo com os resultados de uma investigação qualitativa, desenvolvida por Moore e

Williamson (2003), junto de profissionais de diferentes áreas na luta contra o VIH em África, os rituais, costumes e práticas socioculturais específicos de algumas comunidades africanas, são os principais responsáveis pela forte incidência, disseminação e não prevenção do VIH/SIDA nesses mesmos contextos, pelo que é necessário conhecer aprofundadamente essas componentes, de forma a saber como melhor intervir sobre elas.

Um estudo de revisão desenvolvido por Odutolu (2005) descreve que a Teoria Sócio Cognitiva (TSC) tem estado na base das intervenções mais bem sucedidas no contexto africano, devido ao relevo que dá aos aspectos sociais e culturais na mudança comportamental. Neste sentido, o autor é da opinião de que esta importância da aceitação social deve ser aproveitada e integrada nas estratégias de prevenção em contexto africano. Assim, com o objectivo de promover a mudança comportamental num âmbito positivo, em África, a aprendizagem social deve ser utilizada nos programas de intervenção para:

- 1) Reforçar as normas sociais aceitáveis, tais como o adiar a actividade sexual. Assim, a difusão da informação poderia promover a abstinência e o adiar do início da actividade sexual entre os mais jovens. Os programas de intervenção de pares estão a ser amplamente utilizados para este efeito na África Subsaariana.
- 2) Desencorajar as normas sociais inaceitáveis, tais como o sexo entre gerações, que é conhecido como um dos promotores da infecção do VIH em mulheres mais jovens. O sexo entre homens mais velhos e mulheres muito jovens, em troca de bens materiais, dinheiro e favores, que constitui uma prática corrente no contexto africano.
- 3) Eliminar os obstáculos à mudança, especialmente no que se refere ao uso correcto e consistente do preservativo.

De acordo com Santamaría (2005), em Moçambique, a chave para reverter a dramática situação nacional em termos de infecção pelo VIH/SIDA passa pelo *empowerment* da mulher. Esta perspectiva é partilhada pelo Plano Estratégico de Combate ao SIDA, que a partir de 2004 considerou a equidade e igualdade de género o maior factor a abordar na redução do impacto do VIH/SIDA. Face ao cenário nacional e àquelas que são as intenções institucionais e governamentais, aliado ao que a literatura sugere em termos de medidas eficazes para a prevenção do VIH na população feminina, considera-se que, neste contexto, é de toda a importância as intervenções promoverem o *empowerment* feminino através de fornecimento de informação correcta, mas também o

treino de competências necessárias à negociação do sexo seguro com os parceiros como a assertividade, a negociação do preservativo, e competências para a resolução de conflitos.

A adaptação em termos de características do grupo de participantes também é essencial. Por exemplo, Ingram, Flannery, Elkavich e Rotheram-Borus (2008) procederam a uma revisão da literatura acerca dos programas de intervenção que se mostraram eficazes na prevenção do VIH dirigido a adolescentes, tendo identificado alguns pontos comuns entre esses programas. Com base nos resultados das investigações revistas, as autoras referem que, os programas dirigidos especificamente à população adolescente, para serem eficazes, devem (1) conter metas claras a atingir, sendo importante que se estimule que os participantes fixem, persigam, e atinjam objectivos precisos na direcção da redução de comportamentos de risco; (2) enfatizar o compromisso activo com os participantes durante todo o programa; (3) definir como foco principal de intervenção a mudança cognitiva (e.g. auto-eficácia, vulnerabilidade percebida, percepção de benefícios relativamente a comportamentos auto-protectores, identificação de situações de risco e barreiras, treino de competências para lidar com situações de risco, etc.); e (4) incluir ingredientes de várias teorias de mudança comportamental, dado verificar-se que as intervenções, por vezes, são mais inclusivas do que as próprias teorias que as sustentam, havendo ingredientes interventivos que são eficazes e que não se encontram contemplados em nenhuma das teorias de mudança comportamental. As autoras chamam a atenção para o facto de, apesar de considerarem a importância da dinâmica em grupo essencial neste tipo de intervenção, a coerência do grupo como um facilitador de mudança comportamental não foi mencionada em nenhum dos programas de intervenção revistos. Na opinião das autoras, este facto também é importante, sobretudo com adolescentes, na medida em que a coerência e a reunião de características comuns facilita a adesão à intervenção.

Porque estamos a lidar com uma doença que persiste há mais de duas décadas, sem que tenha sido anunciada uma cura ou vacina, é necessário realçar a importância da prevenção e adaptá-la ao máximo aos contextos, nomeadamente, culturais e de género, mas também à idade, aos contextos sociais e às circunstâncias. Por exemplo, também Lemieux, Fisher e Pratto (2008) desenvolveram uma investigação, onde realçaram a importância da inclusão da música na prevenção do VIH com população jovem. Acreditando que a música tem um forte poder no contexto da mudança comportamental em saúde, pelo seu poder comunicacional e informacional e de influência social, estes

autores desenharam uma investigação com jovens estudantes urbanos ( $n=306$ ), de ambos os sexos, onde os dividiram por dois tipos de intervenção, com pré-teste e pós-teste. Uma das intervenções foi estandardizada, a outra incluiu a integração de temas musicais alusivos a várias temáticas relacionadas com o SIDA, especialmente produzidos para o fim a que se destinaram. Os resultados deste estudo demonstraram que os alunos submetidos à intervenção com música, no pós-teste, encontravam-se mais motivados para a prevenção, possuíam maiores competências comportamentais e relatavam maior uso do preservativo. A componente da música como parte integrante de programas de prevenção do VIH tem-se demonstrado um forte catalizador de discussão temática entre jovens afro-americanos (Stephens, Braithwaite, & Taylor, 1998; cit. por Lemieux, Fisher & Pratto, 2008). Este estudo é um exemplo da adaptação das intervenções preventivas aos contextos e população a que se dirigem. A adaptação das intervenções não deve ser uma preocupação apenas quando se trata de uma mudança do contexto étnico/cultural. Também se deve tentar integrar elementos persuasivos na essência do grupo ao qual se dirigem.

As acções de prevenção do VIH devem persistir no tempo e no espaço, principalmente em contextos tão afectados pela doença como é o africano. O contacto directo com a realidade do VIH parece não afectar a percepção de vulnerabilidade e a mudança comportamental em algumas comunidades africanas, pelo que é necessário continuar a investir e insistir na prevenção. A comprovar esta constatação apresenta-se o estudo de Wade, Enel e Lagarde (2006) desenvolvido com população senegalesa, onde foram avaliados os conhecimentos e atitudes face ao VIH em dois momentos separados por um intervalo de seis anos. A primeira avaliação deu-se em 1997 e desenrolou-se com uma amostra de 866 sujeitos; a segunda ocorreu em 2003 e contou com 709 participantes. Os resultados deste estudo comparativo revelaram que, no que se refere à percepção de risco e à intenção para a prática do sexo seguro, os valores apresentados em 2003 mostraram-se mais desanimadores do que os encontrados em 1997. Nos resultados de 1997, 56.3% da população referiu ter mudado ou ter intenção de mudar o comportamento sexual no sentido de uma maior protecção contra o VIH, já em 2003, este valor decresceu para 24.9%. No que se refere à percepção de risco, em 1997, 49.1% dos participantes percebia-se como estando em risco; passados seis anos, este valor diminuiu para os 17.2%. No que se refere às atitudes para com pessoas seropositivas, estas tornaram-se mais positivas durante os seis anos decorridos entre a primeira e a segunda avaliação. No primeiro momento, 73.9% dos participantes consideraram

negativo conviver com pessoas portadoras do VIH; no segundo, este valor decresceu para 65.1%, embora continue a reflectir uma atitude discriminatória face às pessoas portadoras do vírus na comunidade. Também Bastien, Sango, MnYika, Masatu e Klepp (2008) desenvolveram um estudo comparativo em termos longitudinais, com a identificação de alguns factores de risco/protecção para o SIDA, com jovens estudantes do 6º e 7º anos de escolas tanzanianas. As primeiras avaliações foram efectuadas em 1992 e contaram com a presença de 2026 jovens de ambos os sexos; os mesmos procedimentos foram repetidos em 2005, com uma amostra de 2069 jovens estudantes, também de ambos os sexos. Os resultados alcançados demonstraram que os jovens, em 2005, possuíam um maior nível de informação através de fontes diversas acerca da doença e tudo o que a envolve, do que em 1992. Por exemplo, a influência dos professores na passagem de informação ocupava uma média de 2.02, em 1992 e 3.26, em 2005. No entanto, é de salientar que se registou um declínio no que se refere à percepção do preservativo como um instrumento protector na luta contra o SIDA, tendo-se verificado que 73.1% dos homens inquiridos e 49.9% das mulheres, em 1992, acreditava na eficácia da utilização do preservativo na protecção contra o VIH e que estes valores reduziram para 47.2% nos homens e 39.9% nas mulheres, em 2005. Também se verificou a manutenção de vários mitos no que se refere a questões de protecção e transmissão. Os resultados destas duas investigações chamam a atenção para o facto de que os níveis de informação, atitudes e comportamentos relacionados com a protecção face ao VIH nem sempre tendem a melhorar ao longo do tempo, o que aponta para a necessidade de continuar a insistir na intervenção que visa a mudança comportamental, tentando identificar o que vem falhando ou faltando nas intervenções anteriores.

Neste tipo de intervenção, dirigida à prevenção do SIDA, é importante avaliar os ganhos a longo prazo, ou seja, verificar se houve uma manutenção da mudança ou não. Para isso é necessário proceder a avaliações de seguimento estendidas no tempo e, se necessário, recorrer a metodologias de avaliação combinadas. Por exemplo, Dworkin, Exner, Melendez, Hoffman, e Ehrhardr (2006) desenvolveram uma investigação que avaliou qualitativamente, após 12 meses, a eficácia de uma intervenção designada de “*The Furure Is Ours*” (FIO), dirigida à prevenção do VIH/SIDA especificamente para mulheres. Esta investigação, numa primeira fase, avaliou a intervenção duma forma quantitativa, onde foram recrutadas mulheres ( $n=360$ ) jovens adultas (com idades compreendidas entre os 18 e 30 anos), em serviços de ginecologia e planeamento

familiar de Nova Iorque, nos EUA, e distribuídas pelo grupo de intervenção ( $n=180$ ) e de controlo ( $n=180$ ). Tratou-se de uma amostra etnicamente diversificada, na medida em que participaram mulheres de etnia africana (72%), latinas (17%) e caucasianas (11%). A intervenção focou-se essencialmente na mudança comportamental ao nível de cinco dimensões: (1) percepção de susceptibilidade, (2) priorização de acções, (3) intenção para o comportamento sexual seguro, (4) representações acerca do sexo seguro, e (5) manutenção da mudança. Mais de metade das sessões e grande parte das técnicas utilizadas dirigiram-se ao treino da negociação do sexo seguro com o parceiro, e a alternativas face à recusa do parceiro (e.g. preservativo feminino, rejeição da prática sexual quando não há a alternativa do sexo seguro, etc.). Também foram abordadas muitas temáticas relacionadas com os direitos pessoais e de género e a integridade do corpo e da saúde. Houve avaliações de seguimento de um, três e doze meses. Os autores referem que os resultados desta primeira fase da investigação evidenciaram elevados ganhos ao nível de comportamentos sexuais seguros para o grupo de intervenção. Depois de 12 meses da intervenção deu-se uma avaliação de carácter qualitativo, através do desenvolvimento de entrevistas aprofundadas às participantes. Os resultados desta avaliação evidenciaram que houve ganhos a vários níveis para as mulheres submetidas à intervenção e que estes se mantiveram ao longo do tempo. Os relatos das participantes demonstraram uma maior percepção de vulnerabilidade, assim como, uma melhor capacidade de priorizar acções que visam a sexualidade segura. A este nível verificou-se uma disseminação dos benefícios educacionais ao nível de conhecimentos e competências para o grupo familiar e comunitário. Os autores realçaram a importância da discussão em grupo como forma de *empowerment* na mulher, assim como na capacidade de melhorarem a sua comunicação com os parceiros e com outras pessoas relevantes. Os resultados finais desta investigação, desenvolvida com diferentes tipos de avaliação, sugerem que a combinação de diferentes metodologias avaliativas enriquecem o conhecimento acerca do pormenor dos ganhos mantidos ao longo do tempo.

Por outro lado, também é necessário compreender que não basta produzir mudança comportamental, é necessário compreender aprofundadamente quais os componentes que levam a essa mudança (Pool, Kamali & Whitworth, 2006). Na opinião de Hobfoll (1994), isto só é possível com a realização de estudos que contemplem múltiplos grupos de controlo, pois permite afunilar os ingredientes importantes das intervenções e perceber quais são as componentes de maior preponderância no processo



de mudança comportamental (Hobfoll et al., 1994). É essencial que as intervenções e investigações na área da prevenção do VIH se preocupem em estudar e avaliar as especificidades que apoiam ou dificultam os comportamentos preventivos e, uma vez constatadas essas componentes, devem ser incluídas em intervenções posteriores. Ou seja, a investigação acerca da eficácia das intervenções só faz sentido se servir para iluminar a prática futura, isto é, se contribuir para a melhoria sucessiva das intervenções (Pool, Kamali & Whitworth, 2006).

Neste seguimento, vários estudos têm-se preocupado em reunir informação acerca das componentes mais relevantes a integrar nas intervenções dirigidas à prevenção do VIH e promoção da saúde sexual feminina. Por exemplo, Eke, Mezooff, Duncan e Sogolow (2006) procederam a um estudo de revisão acerca das intervenções dirigidas para a prevenção do VIH/SIDA entre pares, tendo encontrado 18 intervenções com um nível de eficácia comprovado muito elevado, e identificando aspectos comuns entre elas. Assim, foi possível constatar que estas intervenções avaliadas como altamente eficazes têm similaridades ao nível das características da própria intervenção, das organizações/instituições que as promovem, e ao nível do *staff* que nelas participa. No que se refere às características da intervenção, todas têm em comum o facto de (1) basearem-se em teorias comportamentais, (2) definirem claramente o grupo alvo específico, (3) possuírem objectivos e metas muito específicos e mensuráveis, (4) integrarem múltiplas componentes, (5) utilizarem múltiplos canais na divulgação das mensagens, (6) utilizarem múltiplas estratégias, (7) desenvolverem actividades que vão de encontro às necessidades do grupo alvo, (8) primarem por uma abordagem holística na resposta às necessidades do grupo alvo, (9) serem sensíveis à realidade cultural da população a que se dirigem, (10) promoverem a continuidade das actividades contempladas no programa de intervenção, e (11) serem adaptativas às mudanças dos participantes e das necessidades da comunidade. Em termos de características comuns no que se refere às organizações promotoras das intervenções revistas, estas são as seguintes: (1) promover recursos e suporte administrativo para o programa, (2) integrar-se numa meta global da organização, e (3) possuir parcerias com outras organizações civis que permitam um bom recrutamento dos (as) participantes e uma resposta adequada às suas necessidades. No que se refere às características do *staff* estas são, essencialmente, (1) possuir um bom treino acerca de todas as componentes do programa; (2) possuir um elevado nível de compromisso e motivação em atender o grupo alvo; (3) demonstrar motivação para trabalhar na intervenção mesmo com

recursos limitados; (4) ser flexível e tolerante às mudanças na intervenção, se necessárias; (5) ter uma atitude de muito respeito pelos utentes atendidos, em todas as suas vertentes; e (6) possuir treino em abordagem de pares.

No que se refere especificamente à eficácia das intervenções comunitárias, a literatura sugere que também é necessário atender a algumas questões específicas no desenvolvimento das mesmas. Por exemplo, Jana, Basu, Rotheram-Borus e Newman (2004) verificaram que, na Índia (Calcutá), um projecto de intervenção comunitário designado de “*Sonagachi*” foi associado a menores taxas de infecção pelo VIH/SIDA entre mulheres trabalhadoras do sexo, quando comparada com o que se passava noutros centros urbanos indianos. Este foi um Projecto que sobreviveu durante 12 anos, num contexto onde inicialmente se temeu que não pudesse resistir, e onde outro tipo de iniciativas falhou. De acordo com os autores, as chaves do sucesso de Programas de Intervenção Comunitária de luta contra o VIH/SIDA reside (1) em identificar veículos económicos para a sustentabilidade financeira do Projecto ao longo do tempo, (2) em possuírem uma natureza efectivamente útil para a população e a comunidade às quais se dirige, (3) em serem realistas e adaptados ao contexto onde se inserem, (4) em serem susceptíveis de evoluir e de se adaptarem ao longo do tempo; e (5) em serem sustentáveis em termos futuros.

Beadnell, Baker, Knox, Stielstra, Morrison, DeGooyer, Wickizer, Doyle, & Oxford (2003) desenvolveram uma investigação onde tentaram estudar os factores que estão por detrás da desistência das mulheres às intervenções psicossociais que visam a prevenção do VIH, e que provocam muitos dos constrangimentos supracitados. Assim, levaram a cabo um estudo de carácter quantitativo ( $n=287$ , a amostra completa) e qualitativo ( $n=30$ ) tendo como alvo mulheres que desistiram de programas de intervenção com o objectivo de prevenção do VIH/SIDA. Os autores conseguiram constatar que grande parte destas mulheres, que desiste dos programas de prevenção do SIDA, vive com condições socioeconómicas desfavorecidas, sendo provenientes de zonas onde se verificam elevados níveis de conflito social, prostituição, violência e residência precária. Ou seja, estes dados sugerem que estas “desistentes” são sobretudo mulheres com uma elevada carga de constrangimentos psicossociais. A precariedade económica é confirmada pela constatação de que o principal motivo que as leva a ingressar neste tipo de investigação é a contribuição económica dada pela participação. No entanto, devido às limitações supracitados, acabam por desistir. É curioso e preocupante averiguar que estas mulheres que desistem das intervenções são

precisamente as que mais necessitam delas, dado viverem sobre a pressão de factores psicossociais de risco (e.g. pobreza, prostituição, ambiente conflituoso, etc.). Os autores são da opinião de que, com mulheres que apresentam este tipo de perfil social e que tanto necessitam de intervenção ao nível da prevenção do SIDA, devem ser dadas intervenções breves, mais intensivas e de carácter muito específico em termos socioculturais, assim como, fornecer algum suporte social aquando da participação, como por exemplo, a prestação de cuidados aos filhos durante o tempo das sessões. Neste seguimento, também Pinto e McKay (2006) desenvolveram uma investigação com o intuito de identificar os factores que favorecem a adesão de mulheres afro-americanas a programas de intervenção para o VIH/SIDA. Os resultados desta investigação demonstraram que factores demográficos como a idade e o nível de escolaridade, assim como, a percepção de racismo, são aqueles que mais influenciam a adesão ou não aos programas de intervenção (explicando 18% da variância). Também as características da própria intervenção e do *staff* que a desenvolve parece exercer influência sobre a decisão das mulheres aderirem ou não (7% da variância). A influência dos amigos também parece ter algum peso sobre esta decisão, no entanto, não é significativa. Também Noguchi, Albarracín, Durantini e Glasman (2007), após desenvolverem uma meta-análise sobre vários tipos de intervenção acerca da prevenção do VIH, são da opinião de que as características das próprias participante, as características da intervenção e os procedimentos de recrutamento influenciam em larga medida o grau de retenção dos participantes até ao final do desenvolvimento da intervenção. É muito importante atender a estes aspectos aquando do desenho de uma intervenção, na medida em que poderão ser valiosos na forma como orientam os factores que devem estar presentes de forma a incentivarem a participação e manutenção das mulheres na intervenção. Estes resultados evidenciaram que factores individuais de natureza sócio-económica e sociocultural como, por exemplo, a idade, a escolaridade e a percepção de risco, explicam 18% da influência sobre a mudança comportamental. No Quénia, Cherutich e colaboradores (2008) também desenvolveram uma investigação com 800 jovens em risco para o VIH. No entanto 8% destas desistiu da participação, tendo alegado razões religiosas, que impediam ou entravam em conflito com a participação em estudos desta natureza, a necessidade de consentimento do parceiro, e a falta de tempo.

Ainda relacionado com a abordagem dos factores que podem influenciar o índice de participação numa intervenção que visa a prevenção do SIDA, Albarracín,

Leeper, Earl e Durantini (2008) sugerem que a estimulação para a participação se processa de forma sequencial e deve ser trabalhada aquando do recrutamento dos participantes. Estes investigadores desenvolveram uma investigação com membros da comunidade ( $n=400$ ), de ambos os sexos (295 mulheres e 105 homens) onde conseguiram averiguar que quem teve acesso a um panfleto informativo acerca da intervenção, aderiu mais facilmente ao visionamento de um filme de vídeo acerca do uso do preservativo do que os elementos que não tiveram acesso ao panfleto via escrita. Por sua vez, quem assistiu ao filme registou maior adesão na sessão de aconselhamento que se seguiu, do que aqueles que não assistiram ao filme. Com base nos resultados deste estudo, os autores concluem que, em matéria de prevenção do VIH e adesão a intervenções psicossociais, a exposição das mensagens dão-se em “efeito cascata”, ou seja, a recepção e assimilação de uma mensagem simples pode ser o impulsor da adesão a uma mensagem mais aprofundada e assim sucessivamente. A prevenção do VIH pode começar pela exposição a mensagens simples e económicas, que poderão ser o portal para intervenções mais aprofundadas e complexas. Conclui-se assim que os diferentes tipos de abordagem que foram referidos anteriormente podem complementar-se no sentido de fazer chegar uma mensagem doseada e sequencial que vai sendo apreendida e assimilada por etapas.

Concluído, de acordo com os estudos anteriormente revistos, há unanimidade em assumir que se verifica uma maior eficácia das intervenções com treino de competências, do que meramente educativas, na prevenção do VIH/SIDA em mulheres. No entanto, o ideal seria a combinação de ambas. As intervenções educativas sugerem ser adequadas, eficazes e suficientes na transmissão de conhecimentos acerca da transmissão e prevenção, mas fracas na integração de algumas competências, tais como, comunicacionais e de negociação para o preservativo. Já as intervenções com treino de competências parecem ser as mais eficazes no aumento das competências necessárias à negociação do sexo seguro dentro do contexto relacional. No que se refere às intervenções comunitárias, estas têm o importante papel de criar um ambiente propício à mudança social e à contradição de normas socioculturais que possam estar a dificultar a mudança individual. A literatura sugere que em matéria de mudança sociocultural, as intervenções comunitárias serão as mais eficazes. Também são muito importantes na manutenção da mudança comportamental ao longo do tempo (Latkin & Knowlton, 2005). Já as campanhas publicitárias parecem ser particularmente importantes na

mudança ao nível da percepção de susceptibilidade e de atitudes face à utilização do preservativo (Agha, 2003).

De acordo com Gandelman, DeSantis e Rietmeijer (2006), mediante o domínio de intervenção, é necessário que os próprios técnicos responsáveis e participantes na intervenção dominem competências básicas necessárias à intervenção em diferentes níveis. Em termos individuais, em sessões de aconselhamento, é necessário que os técnicos/terapeutas entendam os limites da pessoa, orientem as contradições, desmistifiquem a revelação do estado para o VIH, promovam um clima acrítico, com questões abertas e onde se estabeleça adequadamente a confidencialidade. Em termos grupais, é necessário que os profissionais dominem habilidades capazes de criar um ambiente seguro para as participantes, onde estas consigam intervir e partilhar as suas experiências. Aqui, também é importante que a confidencialidade seja sempre salvaguardada, os limites sejam entendidos, e os conflitos devidamente geridos. Em termos comunitários, é importante que os técnicos conheçam e se adaptem às normas culturais, sejam reconhecidos pela comunidade, trabalhem de forma segura em contexto de bairros e rua, e possuam um mínimo de conhecimentos acerca de metodologias de etnografia e *focus group*.

Em suma, com base nos vários estudos supracitados, há alguns aspectos a realçar quando se planeia o desenvolvimento de intervenções, sejam elas de que tipo forem, com o objectivo de prevenir o VIH na população feminina em geral e na mulher africana em particular. Para qualquer um dos tipos de intervenção, algumas das recomendações futuras que a literatura sugere são:

- Realização de investigações com grandes amostras, assim como, com períodos de seguimento mais longos. O desenho de múltiplos grupos de controlo também pode ser benéfico, pois permite afunilar os ingredientes mais relevantes da intervenção (Hobfoll et al., 1994; McIntyre & Costa, 2004).
- Disponibilização de suporte (e.g. cuidados aos filhos) às mulheres que participam nas investigações, principalmente as que provêm de contextos socioeconómicos desfavorecidos. É muito importante “segurar” este tipo de mulheres nas intervenções, pois são aquelas que mais necessitam dela. No entanto, a literatura tem sugerido que também são as que mais desistem (Beadnell et al., 2003).
- Adaptação adequada das intervenções aos contextos culturais e grupos alvos a que se destinam, de forma a conseguirem desenvolver uma identificação

correcta dos preditores comportamentais e psicossociais de risco (Locke & Newcomb, 2008; Warren, Fernandez, Harper, Hidalgo, Jamil & Torres, 2008). De acordo com Kreuter e McClure (2004), a cultura é um factor intimamente associado às questões de saúde, nomeadamente, os comportamentos de saúde. Só tendo em conta o peso da cultura numa dada comunidade é possível traçar programas de comunicação para a saúde e intervenções eficazes. Isto porque são as regras culturais que determinam a forma como as populações se vêem a si próprias e ao que as rodeia, logo, também moldam a maneira como encaram os comportamentos sexuais, o que deve orientar as intervenções em matéria de VIH/SIDA (Wilson & Miller, 2003).

- Integração de marcadores biológicos como ISTs, sempre que possível, pois constitui uma medida objectiva de avaliação da mudança comportamental (O'Leary & Wingood, 2000). A avaliação de eficácia da maioria das intervenções passa pelo auto-relato dos próprios participantes. Também isto é uma limitação para este tipo de investigação. Quando se aborda questões relacionadas com o comportamento sexual, através do auto-relato, há o risco deste não ser genuíno ou autêntico, por vários motivos, nomeadamente, desejabilidade social e dificuldade na recordação de pormenores (e.g. frequência dos actos sexuais) (Bogart, Walt, Pavlovic, Ober, Kalichman & Brown, 2007).
- Necessidade da avaliação de intervenções controladas, que devem comparar diferentes estratégias, ao invés de utilizarem um único grupo de controlo (O'Leary & Jemmott, 1995).

Actualmente, a promessa de uma pílula, gel ou vacina preventiva é muito longínqua. Talvez, mais do que nunca, com David Baltimore, Nobel da Fisiologia e Medicina e incansável investigador na procura da imunidade para a doença, a afirmar que a vacina para o VIH pode nunca existir (Baltimore, 2008; cit. por Kalichman, 2008). Por outro lado, assiste-se a um panorama que demonstra uma elevada eficácia da intervenção comportamental. Perante esta situação, é de extrema importância que todos assumam a importância da intervenção preventiva bem orientada, e que os decisores políticos disponibilizem recursos e políticas sustentáveis para a continuação e melhoria dos trabalhos que têm sido desenvolvidos a este nível (Kalichman, 2008).

Após a revisão da literatura acerca da eficácia de uma série de diferentes intervenções, conclui-se que a maioria dos estudos revistos referem que as intervenções em grupo com treino de competências tendem a ser as mais eficazes em matéria de

protecção sexual feminina. No entanto, foi possível observar o resultado de estudos que documentam a eficácia de outras metodologias como as educativas e as comunitárias ou publicitárias. Em certas circunstâncias, o ideal será a complementaridade entre elas. De acordo com O'Leary e Jemmott, (1995), as intervenções que promovem o desenvolvimento de competências podem ajudar muitas mulheres a reduzir o risco de infecção pelo VIH. Estas são eficazes no proporcionar de competências de negociação e treino da utilização do preservativo, por exemplo. No entanto, seria muito importante que estas intervenções fossem alargadas a um nível comunitário. As autoras também relembram que muitas mulheres não conseguem operar a mudança comportamental porque encontram inúmeras barreiras sociais à operacionalização dos seus objectivos. Algumas destas barreiras prendem-se com condições de pobreza e outros factores culturais, como a falta de poder nas relações. Tal como se verificou anteriormente, estas são barreiras contextuais e relacionais bem documentadas no continente africano, argumento pelo qual se justifica e torna importante intervir psicossocialmente neste contexto específico.

Loewenson (2007b) desenvolveu um estudo de revisão acerca das respostas desenvolvidas até então na luta contra o SIDA, tendo concluído que, actualmente, no geral, as pessoas têm um elevado nível de consciência e informação acerca do VIH. No entanto, o acesso aos recursos e aos serviços que as podem apoiar na sua protecção contra a doença ainda são assimétricos nas diferentes partes do globo. Também a percepção pessoal para o risco difere de contexto para contexto, e de pessoa para pessoa dentro do mesmo contexto. Segundo o autor, é necessário aprofundar os estudos e intervenções que visam as assimetrias entre as populações e sobretudo entre os géneros nas relações. Na sua opinião é de especial relevo atender às necessidades psicossociais da população feminina, na medida em que são as principais vítimas das desigualdades sociais. É importante explorar estratégias e desenvolver intervenções que apostem numa maior percepção do risco pessoal das mulheres, e que apoiem o aumento da sua autonomia e poder de decisão. Os investigadores que desenvolvem intervenções na área da prevenção do SIDA, que se evidenciam eficazes, têm a responsabilidade de as tornar acessíveis a quem mais beneficia delas (Eke, Neumann, Wilkes & Jones, 2006).

Para além de acessíveis, devem ser realistas. É necessário adaptar as intervenções de prevenção dirigidas à mulher africana e também afro-americana (visto que nos EUA representam 13% da população feminina e 67% dos casos de infecção entre mulheres), tornando-as sensíveis culturalmente em termos de normas, valores,

convicções, práticas e ideologias. Só assim, será possível desenvolver actividades e estratégias de prevenção relevantes culturalmente e que impulsionam o desenvolvimento de competências de comunicação e auto-estima capazes de apoiar a mudança comportamental (Aaro, Flisher, Kaaya, Onya, Fuglesang, Klepp & Schaalma, 2006; Prather, Fuller, King, Brown, Moering, Little & Phillips, 2006).

No decorrer desta revisão da literatura acerca das intervenções de prevenção dirigidas à mulher, concluiu-se ainda que é necessário conhecer muito bem os preditores que influenciam os comportamentos de risco (DiClemente et al., 2008) e conhecer os ingredientes mais activos no desenvolvimento da mudança comportamental (Hobfoll et al., 1994), em cada contexto específico. O desenvolvimento de intervenções deve partir de profundas revisões da literatura acerca dos factores de risco comportamental, das teorias de mudança comportamental e da eficácia de intervenções anteriores. Acreditando neste processo de trabalho e na necessidade de se desenvolver mais intervenções na direcção da protecção sexual feminina, principalmente da mais vulnerável, a mulher africana, surgiu a iniciativa do presente trabalho que pretende identificar factores psicossociais de vulnerabilidade para o VIH/SIDA na mulher africana, assim como testar a eficácia de uma intervenção psicossocial (ACCENT) em comparação com uma intervenção Didáctica e um grupo de controlo. Pretende-se assim, contribuir para o aumento de conhecimentos e competências relevantes para a protecção sexual feminina, em contexto moçambicano.



**PARTE II**  
**INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

---



## **CAPÍTULO IV – METODOLOGIA**

---

Neste capítulo iremos apresentar a metodologia utilizada na realização do presente trabalho de investigação. Assim, descreveremos os objectivos da investigação, as hipóteses testadas, as variáveis em estudo, os procedimentos inerentes à recolha de dados, a amostra e os critérios de selecção da mesma, as intervenções testadas (a experimental e as de comparação), os instrumentos de avaliação utilizados, e os procedimentos estatísticos usados na análise dos dados.

#### 4.1. Objectivos e Tipo de Estudo

O plano de investigação do presente estudo é do tipo *randomised controlled trial*, em que se distribuiu aleatoriamente as participantes por três condições: grupo experimental de intervenção ACCENT, grupo experimental de intervenção didáctica e grupo de controlo (sem intervenção). Também é um estudo do tipo longitudinal, na medida em que se segue os sujeitos ao longo do tempo, em quatro momentos de avaliação (Almeida & Freire, 2003): pré-teste (antes da intervenção), pós-teste (após a intervenção), seguimento 1 (um mês após a intervenção), e seguimentos 2 (três meses após a intervenção). Trata-se ainda de um estudo correlacional, na medida em que se investiga a relação entre variáveis sociais, cognitivas e comportamentais (Almeida & Freire, 2003), com vista a identificar os preditores psicossociais de atitudes e comportamentos de risco para o VIH/SIDA.

Os objectivos desta investigação decorrem da revisão da literatura que evidenciou a importância do estudo dos factores socioeconómicos (Illa et al., 2008; Morrison-Beed e al., 2008; UNESCO, 2001; Vavrus, 2006), psicológicos (Cohen et al., 2000; Cunningham et al., 1994; Zierler, 1991), sócio- cognitivos (Ferreira, 2008; Singh, 2003; UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005) e sócio-culturais (Kocken, Dorst e Schaalma, 2005) no risco para o VIH/SIDA na mulher Africana. A literatura também aponta a eficácia das intervenções psicossociais na redução do risco sexual (O'Leary & Wingood, 2000). Assim, o *objectivo geral* desta investigação é o teste da eficácia de uma intervenção psicossocial (a intervenção ACCENT), focada no treino de negociação com o parceiro, que possa ser implementada para promover a saúde sexual e a redução do risco para o VIH/SIDA na mulher Moçambicana. São *objectivos específicos* desta investigação aqueles que se seguem:

- 1) Testar a eficácia da Intervenção de Capacidade Acelerada para o Treino de Negociação de Exposição ao Conflito (ACCENT), em comparação com a Intervenção Didáctica (ID) e o Grupo de Controlo.

Trata-se de um programa muito pertinente para mulheres sexualmente activas, na medida em que a adopção de comportamentos sexuais seguros, por vezes, é geradora de conflitos de género ou de medo desses mesmos conflitos. Por este motivo, a resolução/negociação de conflitos é muito importante na indução de comportamentos saudáveis nos casais (Wingood & DiClemente, 1998). Este é um programa que pode ser

aplicado à generalidade das mulheres, mas é especialmente relevante para mulheres com história de abuso pois são aquelas que, em princípio, estarão mais vulneráveis e receosas ao conflito e com as suas capacidades/competências para a resolução dos mesmos diminuídas. Aqui são usadas técnicas como o *role play*, ensaio cognitivo e modelagem (vídeos). Pretende-se verificar se o ACCENT é eficaz no aumento dos recursos psicossociais necessários à mudança para o sexo seguro.

- 2) Identificar os preditores psicossociais de comportamentos de risco para o VIH/SIDA, na mulher Moçambicana.

Pretende-se estudar o papel de variáveis psicossociais, tais como, o nível de eficácia para o uso do preservativo, a conservação de recursos, a depressão, o nível de auto-eficácia geral, o nível de conhecimentos face ao VIH/SIDA, o suporte social, a percepção de barreiras face ao uso do preservativo, e o nível de auto-estima, em relação aos comportamentos sexuais de risco ou protecção (uso ou não uso correcto e consistente do preservativo e práticas sexuais seguras actuais), na população em estudo.

- 3) Contribuir para uma teoria/modelo explicativos dos comportamentos de risco face ao VIH/SIDA na mulher moçambicana.

O Modelo de Informação Motivação e Competências Comportamentais (Fisher, 1992) é uma teoria de mudança do comportamento que tem servido de apoio para muita investigação sobre a intervenção na área do VIH/SIDA. Este modelo dá importância a uma informação fidedigna, à motivação, à auto-eficácia e às competências comportamentais na modificação do comportamento sexual de risco (Costa, 2007). Assim, ao compreender-se os preditores de mudança comportamental face ao risco sexual em contexto moçambicano, poderão ser delineados novos modelos/teorias que informem o desenvolvimento de intervenções mais eficazes e adequadas à realidade africana.

- 4) Produzir e adaptar material informativo e educativo, e instrumentos de avaliação para a Promoção da Saúde Feminina, em contexto moçambicano.

Este trabalho exigiu a produção e adaptação de material próprio para o contexto moçambicano, o que será uma mais valia para o contexto da promoção da saúde sexual e investigação neste domínio, pois será material que poderá ser reproduzido posteriormente em intervenções e investigações semelhantes.

## 4.2. Hipóteses

No seguimento dos objectivos traçados, a presente investigação pretende testar as seguintes hipóteses:

*Hipótese 1:* Prevê-se uma diferença significativa entre o grupo de intervenção ACCENT (intervenção experimental com treino de competências psicossociais), o grupo de intervenção didáctica (ID), e o grupo de controlo (sem intervenção), nos ganhos obtidos do momento de pré-teste para o momento de pós-teste, nas variáveis em estudo, no sentido de melhores resultados para as intervenções preventivas face ao VIH (ACCENT e ID), quando comparadas com o grupo de controlo. Espera-se que o grupo ACCENT e o grupo ID evidenciem ganhos, no sentido de um aumento do bem-estar (diminuição da depressão, e aumento da auto-estima), da auto-eficácia geral, da auto-eficácia na negociação do preservativo, dos conhecimentos, do suporte social, das práticas sexuais seguras e do comportamento sexual seguro (utilização do preservativo de forma consistente e correcta); e uma diminuição na percepção de perda de recursos, e da percepção de barreiras face ao sexo seguro.

*Hipótese 2:* Prevê-se uma diferença significativa entre o grupo submetido à intervenção ACCENT e o grupo submetido à intervenção didáctica (ID), do momento de pré-teste para o momento de pós-teste, nas variáveis investigadas (variáveis de bem-estar, sociais e cognitivas, e comportamentais), no sentido de melhores resultados para o grupo submetido à intervenção ACCENT.

*Hipótese 3:* Prevê-se que os ganhos obtidos na Intervenção ACCENT e na Intervenção Didáctica, nas variáveis de bem-estar, sociais, cognitivas e de comportamento sexual investigadas, se mantenham ao longo do tempo nos seguimentos de 1 e 3 meses.

*Análises Exploratórias:* Pretende-se investigar a associação entre as variáveis psicossociais que a literatura científica tem evidenciado como preditoras dos comportamentos relacionados com a prevenção do VIH/SIDA (e.g. auto-eficácia para o uso do preservativo, conservação de recursos, sintomatologia depressiva, auto-eficácia geral, conhecimentos face ao VIH/SIDA, suporte social, percepção de barreiras face ao uso do preservativo, auto-estima, etc.) e as variáveis comportamentais de risco sexual para o VIH/SIDA (não utilização do preservativo e práticas sexuais seguras actuais).

### **4.3. Variáveis em Estudo**

As variáveis em estudo decorreram da revisão da literatura e no seguimento dos objectivos e hipóteses traçados.

#### **4.3.1. Variáveis Independentes**

De acordo com os objectivos traçados e as hipóteses formuladas, considera-se como *variável independente* o tipo de intervenção, ou seja, as Intervenções ACCENT e Didáctica, e o grupo de controlo (sem intervenção). Enquanto variável independente e de acordo com Almeida e Freire (2004), esta foi manipulada, sendo possível analisar os seus efeitos nas variáveis dependentes e de resultado. Será também considerada variável independente o momento de avaliação (M1 a M4).

#### **4.3.2. Variáveis Dependentes e de Resultado**

Na presente investigação são *variáveis de resultado (dependentes)* as seguintes:

- Recursos e Factores de Vulnerabilidade
  - Auto-eficácia geral
  - Auto-estima
  - Depressão
  - Percepção de perda de recursos
  - Suporte social
- Conhecimento e Atitudes face ao Sexo Seguro
  - Conhecimentos acerca da transmissão/contágio do VIH/SIDA
  - Conhecimentos acerca da prevenção do VIH/SIDA
  - Razões para não praticar sexo seguro (barreiras)
  - Auto-eficácia na negociação do preservativo
- Comportamento Sexual
  - Comportamento sexual passado (e.g. uso do preservativo nas últimas quatro relações sexuais)
  - Práticas sexuais seguras actuais (intenção e compra de preservativos)



#### **4.3.3. Variáveis Clínicas**

No desenvolvimento da presente investigação foram seleccionadas *variáveis clínicas* relevantes para a caracterização da amostra. Essas variáveis são as seguintes:

- Gravidez actual
- História de gravidez
- Número de filhos
- Número de parceiros
- História de Doenças Sexualmente Transmissíveis (ISTs)
- Nova IST nos últimos três meses
- Realização do teste para o VIH
- Resultado do teste para o VIH
- Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PTSD)
- História de abuso na idade adulta
- Trauma na infância
- Utilização de álcool e drogas
- Sintomatologia de *Stress* Pós-Traumático
- Percepção de risco do parceiro (parceiros actuais e utilização de drogas)
- Percepção de risco pessoal
- Percepção de Risco comunitário
- Nível de conversação acerca do VIH/SIDA com os parceiros

#### **4.3.4. Variáveis Sócio-Demográficas**

Também para efeitos de caracterização da amostra, foram seleccionadas *variáveis sócio-demográficas* consideradas relevantes para a população em estudo.

- Idade
- Habilitações Literárias
- Origem étnica
- Estatuto profissional actual
- Profissão
- Com quem vivem (sós, com os pais, com familiares, com companheiro, com os filhos, com amigos)
- Estado civil
- Religião

- Religiosidade actual
- Rendimento pessoal anual

As variáveis estudadas, assim como, os instrumentos de avaliação utilizados para a avaliação de cada uma, e os momentos de avaliação ao longo do tempo, são apresentados no Quadro que se segue.

### Quadro 3

#### *Apresentação das Variáveis estudadas, Questionários e Momentos de Avaliação*

<b>Variáveis</b>	<b>Questionários</b>	<b>Momentos de Avaliação*</b>
<b>Informação Demográfica</b>	Questionário Demográfico	M-1
<b>Recursos e Factores de Vulnerabilidade</b>		
Auto-eficácia geral	<i>General Perceived Self-Efficacy Scale</i>	M-1, M-2, M-3, M-4
Auto-estima	<i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i>	M-1, M-2, M-3, M-4
Depressão	<i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)</i>	M-1, M-2, M-3, M-4
PTSD	<i>PSTD Symptom Scale self-reported (PSS-SR)</i>	M-1, M-2, M-3, M-4
Abuso sexual, físico e emocional na infância	<i>Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)</i>	M-1
Abuso sexual na Idade Adulta	<i>National women's study Questionnaire</i>	M-1
Uso de álcool e drogas associado com o sexo	Questionário sobre o uso de álcool e drogas	M-1, M-2, M-3, M-4
Perda de Recursos	<i>Conservation of Resources-Evaluation Questionnaire (COR-E)</i>	M-1, M-2, M-3, M-4
Suporte Social	<i>Social Provisions Scale : Relationship Questionnaire</i>	M-1, M-2, M-3, M-4

<b>Conhecimento, Atitudes e Comportamento Sexual</b>		
Conhecimento Sexual	Questionário de Conhecimento Sexual	M-1, M-2, M-3, M-4
Comportamento Sexual Passado	Questionário do Comportamento Sexual Passado	M-1, M-2, M-3, M-4
Comportamento Sexual Actual	Escala de Práticas Sexuais Seguras Actuais	M-1, M-2, M-3, M-4
Marcadores Biológicos: IST	Auto-relato de IST	M-1, M-2, M-3, M-4
Percepção de risco	Questionário sobre a percepção de risco pessoal e comunitário face à SIDA	M-1, M-2, M-3, M-4
Razões para não praticar sexo seguro	Questionário de Barreiras face ao sexo seguro	M-1, M-2, M-3, M-4
Auto-eficácia na negociação do preservativo	<i>Self-efficacy AIDS</i> <i>Negotiation Scale</i>	M-1, M-2, M-3, M-4

\* M-1 (pré-teste, antes da intervenção); M-2 (pós-teste, após a intervenção), M-3 (seguimento 1, um mês após a intervenção), M-4 (seguimento 2, três meses após a intervenção).

#### 4.4. Procedimento de Recolha de Dados

A presente investigação foi desenvolvida com uma amostra de conveniência, constituída por 173 mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e os 46 anos ( $M=24.6$ ;  $DP=5.5$ ), que se encontravam em risco para a infecção pelo VIH/SIDA. Os critérios clínicos de inclusão foram (1) procurar cuidados para doenças sexualmente transmissíveis, (2) ter tido múltiplos parceiros durante os seis meses prévios, (3) relataram ter tido sexo com uma pessoa que sabem ter outros parceiros sexuais, e (4) utilizarem drogas endovenosas/abuso de substâncias. Estas mulheres foram aleatoriamente distribuídas por três grupos, correspondentes a diferentes condições: intervenção ACCENT ( $n=60$ ), intervenção didáctica ( $n=56$ ), e grupo de controlo ( $n=57$ ).

Este trabalho decorreu no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Central da Beira, em Moçambique.

A recolha de dados iniciou-se com um protocolo de parceria (Anexo I) com o Ministério da Saúde de Moçambique, mais propriamente, o Comité Nacional de Bioética, para pedido de autorização do estudo no Hospital Central da Beira. O estabelecimento desta parceria foi efectuado presencialmente, junto do Ministério da Saúde de Moçambique, aquando duma breve estadia em Moçambique para realização do estudo piloto da investigação. Após a autorização dada pelo Comité Nacional de Bioética (Anexo II) e pelo Sr. Ministro da Saúde de Moçambique (Anexo III), foi efectuada uma reunião com a Direcção do Hospital Central da Beira (HCB) e com o Director do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da mesma Instituição Pública de Saúde, onde foi apresentado o projecto de investigação. Este processo decorreu sete meses antes do início da recolha de dados (Julho/Agosto de 2008).

No início da recolha de dados (Março de 2009), efectuou-se uma reunião com todos os Médicos Ginecologistas do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, que participaram de forma activa no processo de recrutamento das participantes, aquando da aplicação dos critérios de inclusão. As mulheres foram recrutadas a partir das Consultas Externas de Ginecologia, onde os Médicos Ginecologistas avaliaram a aplicação de um dos critérios clínicos de inclusão acima mencionados. Nesta fase, a idade e o nível de escolaridade foram critérios de exclusão e, por esta razão, não poderiam participar mulheres com idade inferior a 18 anos, nem um nível de escolaridade inferior a quatro anos. A aplicação do critério de exclusão “escolaridade inferior a 4 anos” deve-se ao facto desta condição ser necessária à adequada compreensão dos ingredientes da intervenção (e.g. leitura das legendas nos vídeos). No que se refere à questão da faixa etária, a verdade é que na proposta de investigação incluiu-se mulheres com idade superior a 16 anos, mas após o estudo piloto propôs-se que este limite fosse alterado para os 18 anos, ou seja, a maioridade, devido ao facto de se ter previsto dificuldades em aceder aos tutores legais das participantes na leitura e assinatura do consentimento informado por parte destes. Devido a constrangimentos geográficos e económicos, previu-se que seria muito difícil os tutores dirigirem-se ao hospital a fim de tratar destas diligências.

Após fornecerem uma breve explicação acerca da investigação às utentes de Consulta Externa de Ginecologia e de verificarem se um dos quatro critérios clínicos se aplicava, os médicos ginecologistas encaminharam as mulheres para o gabinete de

atendimento onde decorreu a recolha de dados, acompanhadas de uma ficha de referenciação (Anexo IV) com informação acerca do critério aplicado e assinada pelo médico responsável. Posteriormente, em instalações adequadas, as mulheres foram recebidas pela investigadora responsável e/ou a colaboradora da investigação, uma funcionária do próprio hospital, com treino prévio em relação a todos os procedimentos da investigação e academicamente sensível ao âmbito de actuação da área da Psicologia (aluna de 4º ano da licenciatura em Psicologia). Neste momento, foi explicado a todas as mulheres recrutadas a natureza e finalidade da investigação, assim como, devidamente esclarecida a questão da confidencialidade e do carácter voluntário da participação na investigação. Às mulheres que concordaram participar na investigação, foi dado a ler e assinar o documento de Consentimento Informado (Anexo V). Também foram informadas de que seriam pagas as despesas de deslocação (em transporte publico) até ao HCB devido à participação na investigação. A partir deste momento, procedeu-se ao primeiro momento de avaliação, o pré-teste.

O questionário de avaliação (Anexo VI) foi aplicado por via de entrevista, ou seja, as questões foram lidas pela investigadora, as respostas dadas pela participante, e registadas no questionário pela investigadora. Foi também neste momento que as participantes foram informadas das avaliações seguintes e informadas de que seriam contactadas posteriormente de forma a agendar uma data para o efeito. As participantes foram randomizadas pelas três condições (ACCENT, Didáctica e Controlo) por uma investigadora independente. As mulheres pertencentes ao grupo ACCENT participaram em duas sessões de treino psicossocial, e as pertencentes ao grupo Didáctica participaram numa única sessão educativa. As mulheres pertencentes ao grupo de controlo não sofreram qualquer tipo de intervenção. Foram administrados questionários a todas as participantes nos momentos de pré-teste, pós-teste, seguimento 1 (após 1 mês da intervenção) e seguimento 2 (após 3 meses da intervenção).

#### **4.4.1. Breve Descrição das Intervenções: ACCENT e Didáctica**

Tal como já foi referido anteriormente, as participantes foram distribuídas aleatoriamente por dois tipos de intervenção relacionados com a prevenção do VIH/SIDA no feminino: a Intervenção *Capacidade Acelerada para a Exposição ao Conflito e Treino de Negociação* (ACCENT) (Anexo VII), constituída por duas sessões, com treino de competências psicossociais; e a intervenção didáctica (Anexo VIII), constituída por uma única sessão de carácter educativo. Ambas as intervenções

utilizadas na presente investigação foram adaptadas do trabalho efectuado por McIntyre e Costa (2004) no decorrer do estudo sobre a Prevenção da SIDA e Promoção da Saúde em Mulheres Portuguesas (Programa ADIS).

A *Intervenção Didáctica* consistiu em fornecer informação educativa escrita às participantes (folheto informativo) sobre a prevenção do VIH/SIDA, com posterior esclarecimento de dúvidas. A informação dada às participantes do Hospital Central da Beira foi no sentido de as informar sobre comportamentos que as podem colocar em risco para o VIH/SIDA, tais como, (1) o seu número de parceiros, (2) o uso do preservativo, (3) o risco associado aos seus parceiros (uso de drogas e existência de outras parceiras sexuais), e (4) práticas sexuais. Esta é uma intervenção breve e individual. Como materiais de apoio, foram utilizadas duas brochuras próprias da intervenção, devidamente adaptadas para a população Moçambicana, a partir do material utilizado numa investigação similar com mulheres portuguesas (McIntyre & Costa, 2004).

A *Intervenção ACCENT* é um programa psicossocial, desenvolvido em grupo e com múltiplas sessões. Foi adaptada ao contexto moçambicano a partir da versão portuguesa (McIntyre & Costa, 2004). Originalmente, o programa ACCENT foi criado com seis sessões em grupo, com duração de 2 horas cada: 4 de visualização de vídeos, e 2 para discussão livre. O foco dos encontros em grupo está na participação activa do próprio grupo, na partilha de experiências, e no aumento do suporte social das participantes. Apesar desta estrutura original, o programa pode ser adaptado para um maior ou menor número de sessões (aumentando ou diminuindo o tempo de cada sessão), desde que sejam respeitados os conteúdos. Por exemplo, na adaptação portuguesa (Costa & McIntyre, 2002), este foi diminuído para 4 sessões, sem interferir com a organização e conteúdo das mesmas, nem com a eficácia do programa a curto e médio prazo. Em contexto moçambicano, o Programa ACCENT foi reduzido para o menor número possível de sessões, apresentando apenas duas, mas com maior duração, tendo em vista a sua aplicação no Hospital Central da Beira, serviço de Ginecologia. Esta alteração adveio de algumas constatações efectuadas no decorrer do estudo piloto da investigação, onde o programa foi utilizado. Foram motivos desta alteração: (1) o facto da maioria da população feminina estar desempregada e não possuir recursos económicos que permitam ou favoreçam a deslocação ao hospital (por outro lado, ao aderirem, têm mais tempo disponível para permanecerem em sessões mais longas) e ainda, (2) o facto do contacto à distância se encontrar dificultado ou inexistente (via

telefónica ou electrónica). Assim, um menor número de sessões poderia tornar-se mais conducente à participação, na medida em que (1) acarreta menores gastos de deslocação, e (2) facilita o contacto com as participantes em termos temporais, havendo um único intervalo entre as sessões. A redução para duas sessões obrigou à diminuição de algumas componentes práticas, tais como o desenvolvimento de alguns *role-play*. No entanto, é importante referir que estes não foram excluídos, mas sim condensados (ex.: treino de várias técnicas num único *role-play*, competências que anteriormente eram praticadas isoladamente e repetidas ao longo do programa). Assim, em contexto moçambicano, o programa compreende sessões de aproximadamente duas horas cada, em pequenos grupos. As duas sessões foram administradas com cinco dias de intervalo.

A intervenção ACCENT foi pensada para apoiar o combate ao medo ou incapacidade de confrontação e negociação do sexo seguro, face a parceiros confrontativos (Wingood & DiClemente, 1997b). O programa tem como finalidade geral promover o desenvolvimento de um plano de saúde e a efectividade do mesmo ao longo do tempo. Pretende, assim, sensibilizar as mulheres a pensarem nas consequências biopsicossociais do sexo não protegido e nos ganhos do sexo seguro. Foram trabalhadas temáticas psicossociais como a história sexual, o uso do preservativo e do espermicida, a testagem do VIH, etc., tentando-se assim aumentar o seu conhecimento e expectativas positivas face ao sexo seguro (McIntyre & Costa, 2004; Hobfoll et al., 1994; Kelly et al., 1994).

Dado ter sido reduzido o número de sessões na população Moçambicana, o programa ACCENT tornou-se mais intensivo em cada uma das sessões. Em ambas as sessões as participantes assistiram a vídeos (segmentos de 3 a 7 minutos cada) e praticaram o que visualizaram através de *role-play*, imaginação guiada, e ensaio cognitivo com a ajuda da investigadora/líder do grupo. Os vídeos são pensados de forma a expor as participantes a níveis graduais de confrontação com o parceiro. Por exemplo, no início da sessão I, as mulheres visualizam e praticam uma situação de cariz não sexual que tem a ver com o treino da assertividade junto do funcionário de uma loja, acerca da devolução de uma peça de vestuário com defeito. Posteriormente, observaram e praticaram uma situação de baixo nível de confrontação, que envolve a recusa em entrar no apartamento de um homem educado e persuasivo. De seguida, observaram e praticaram situações de maior confronto (exposição acelerada), com situações de ameaça verbal e possível ameaça física em questões relacionadas com comportamentos de risco (negociação do preservativo e recusa para o consumo de

álcool). Em cada uma das situações, as participantes têm a oportunidade de observar um modelo mal sucedido, em que a mulher reage da pior maneira à situação (de forma passiva ou agressiva) e, posteriormente, um modelo bem sucedido, em que a mulher do vídeo consegue ser assertiva e comunicativa, usando argumentos válidos e claros para a situação em questão. Esta comparação entre o modelo mal sucedido e o modelo bem sucedido permite demonstrar níveis graduais e cada vez mais sofisticados de negociação. Na sessão II, e após estarem mais familiarizadas com as técnicas utilizadas (*role-play*, imaginação guiada e ensaio cognitivo), as participantes praticam uma situação de possível violência por parte do parceiro. Após visualizarem uma cena de vídeo desta natureza, as participantes são convidadas a reflectir e a praticar cognitivamente o seu plano de acção numa situação semelhante (qual seria o seu plano de acção, do que é que tiveram medo, como é que anteciparam a reacção, e de que competência vão fazer uso para serem firmes?). De seguida, praticam novamente uma situação de pressão para beber e outra de negociação do preservativo com o parceiro. No final da segunda sessão e, após um intervalo, cessa-se a visualização de vídeos e pede-se às participantes que partilhem com o grupo as suas situações mais difíceis. É aberto um espaço de debate entre as participantes e a líder do grupo, onde se continua a recorrer a técnicas de imaginação guiada e *role play* para praticar as competências de negociação aprendidas até então. Com este exercício final, pretende-se que as participantes pratiquem as competências aprendidas e adquiram um maior sentido de auto-eficácia em relação às situações das suas vidas que, eventualmente, se aproximam daquelas que foram visualizando e treinando.

Concluindo, o programa ACCENT prevê que as participantes pensem nas consequências biopsicossociais do sexo desprotegido, ao mesmo tempo que as ajuda a adquirirem conhecimentos acerca do sexo seguro, e a reflectirem sobre a sua história sexual, o teste para o VIH, as vantagens da monogamia, o uso do preservativo e outras questões pertinentes relacionadas com a saúde sexual com os seus parceiros. Além disso e como foco primordial, a intervenção ACCENT ensina e treina as mulheres a negociarem eficazmente uma sexualidade segura com os parceiros. De acordo com McIntyre e Costa (2004), a componente de negociação integra (1) decidir em relação a um comportamento pessoal (por exemplo, não ter relações sexuais sem preservativo), (2) explicar a razão subjacente à decisão ao parceiro, (3) antecipar a reacção provável por parte do parceiro e como a própria mulher poderá reagir, (4) ser firme mas não agressiva em relação ao objectivo, (5) realizar tentativas para compreender os objectivos



do parceiro, (6) expressar preocupação em relação aos objectivos e necessidades do parceiro, (7) procurar um compromisso que vai de encontro às necessidades do parceiro mas que não compromete o objectivo comportamental de sexo seguro. Em suma, pretende-se que as mulheres que participam no Programa ACCENT sejam capazes de aumentar os seus conhecimentos acerca do sexo seguro, de adquirir técnicas próprias de negociação com o parceiro, assim como, sair de situações de violência onde poderão correr risco de agressão.

#### **4.5. População e Amostra**

A presente investigação integrou uma amostra de 173 mulheres Moçambicanas, em risco para a infecção pelo VIH/SIDA, com idades compreendidas entre os 18 e os 46 anos de idade. Estas mulheres foram seleccionadas para a participação no estudo a partir da Consulta Externa de Ginecologia do Hospital Central da Beira (HCB). Os critérios clínicos de inclusão foram os seguintes: (1) procurar cuidados médicos para doenças sexualmente transmissíveis (ISTs), ou (2) ter tido múltiplos parceiros durante os seis meses prévios, ou (3) relatar terem tido sexo com uma pessoa que sabem ter outros parceiros sexuais, ou (4) utilizar drogas injectáveis. Estes critérios foram aplicados no decorrer das consultas de Ginecologia pelos próprios Médicos Ginecologistas do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do HCB. Além da aplicação destes critérios clínicos, também foram escolhidas apenas mulheres que tivessem a maioridade e um mínimo de quatro anos de escolaridade. Como já foi indicado, a aplicação destes critérios justifica-se pelo facto de quatro anos de escolaridade ser uma condição necessária à boa compreensão da intervenção e instrumentos de avaliação, e, no caso da maioridade, ter-se previsto (no decorrer do estudo piloto) inúmeras dificuldades em aceder aos tutores legais das participantes menores, no sentido de solicitar autorização para a participação na investigação. Assim, trata-se de uma amostra de conveniência, que, posteriormente, foi aleatoriamente distribuída por uma de três condições: Grupo ACCENT, Grupo Didáctica e Grupo de Controlo. As participantes passaram por quatro momentos de avaliação: pré-teste (antes da intervenção), pós-teste (após a intervenção), seguimento 1 (1 mês após a intervenção) e seguimento 2 (3 meses após a intervenção).

Todas as mulheres recrutadas pelos médicos ( $n=173$ ) em contexto de consulta ginecológica e que numa primeira abordagem aceitaram participar na investigação,

confirmaram a sua vontade junto da investigadora e integraram efectivamente o presente estudo. No entanto, nem todas as participantes se mantiveram nos diferentes momentos. Assim, no pré-teste (antes da intervenção) foram avaliadas 173 mulheres, no pós-teste (depois da intervenção) 164, no seguimento 1 (um mês após a intervenção) 156, e no seguimento 2 (3 meses após a intervenção) 150. Ou seja, das 173 mulheres recrutadas inicialmente, 150 concluíram a totalidade da recolha de dados, o que corresponde a uma taxa de participação de 86.7%.

#### **4.5.1. Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra**

O Quadro 4 é ilustrativo das principais características sócio-demográficas da amostra ( $n=173$ ) em estudo. As variáveis sócio-demográficas são apresentadas de acordo com o grupo de pertença das participantes. Assim, é possível observar que em relação ao total da amostra, 32.9% ( $n=57$ ) das participantes pertence ao Grupo de Controlo (G.C), 32.4% ( $n=56$ ) pertence ao Grupo de Intervenção Didáctica (G.D), e 34.7% ( $n=60$ ) pertence ao Grupo de Intervenção ACCENT. As características sócio-demográficas são apresentadas em termos de frequência e percentagem e, sempre que possível (quando o número de sujeitos por célula assim o permitiu), foram efectuados testes de diferenças.

No que se refere à idade, as participantes têm idades compreendidas entre os 18 e os 46 anos ( $M=24.6$ ;  $DP= 5.5$ ). Assim, no Grupo de Controlo a idade das participantes varia entre os 18 e os 46 anos ( $M=24.4$ ;  $DP= 5.6$ ), no Grupo de ID varia entre os 18 e os 45 anos ( $M=24.9$ ;  $DP= 6.1$ ), e no Grupo de intervenção ACCENT varia entre os 18 e os 38 anos ( $M=24.7$ ;  $DP= 5.0$ ). Quando comparados os grupos no que se refere à idade verifica-se que não existem diferenças significativas ( $F=.137$ ,  $p=.872$ ) entre eles.

Relativamente ao nível de escolaridade, é possível verificar que no G.C. 22.8% das participantes tem entre 4 e 6 anos de escolaridade, 19.3% possuem entre 7 e 9 anos, 43.9% tem entre 10 e 12 anos, e 14% possui mais do que 12 anos de escolaridade. No que se refere ao G.D, 23.2% da amostra possui entre 4 e 6 anos de escolaridade, 17.9 tem entre 7 e 9 anos de escolaridade, 51.8% possui entre 10 e 12 anos, e 7.1% tem mais do que 12 anos de escolaridade. No que respeita ao G.A., 25% tem entre 4 e 6 anos de escolaridade, 26.7 tem entre 7 e 9 anos, 41.7% possui entre 10 e 12 anos, e, finalmente, 6.7% tem mais do que 12 anos de escolaridade. Também ao nível desta variável não se observam diferenças significativas entre os grupos ( $\chi^2=4.11$ ,  $p=.661$ ).

Em relação ao grupo étnico das participantes, verifica-se uma predominância da etnia negra em todos os grupos: 100% no Grupo de I.D, 98.3% no Grupo de intervenção ACCENT, e 100% no Grupo de Controlo.

#### Quadro 4

##### *Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra (n=173)*

Variáveis sócio demográficas	G. ID (n=56) 32.4%		G. ACCENT (n=60) 34.7%		G.C (n=57) 32.9%		M	DP	F/ $\chi^2$ *	p
	n	%	n	%	n	%				
<b>Idade</b>							24.6	5.5	.137	.872
18	6	10.7	5	8.3	3	5.3				
19	3	5.4	2	3.3	7	12.3				
20	7	12.5	5	8.3	4	7				
21	2	3.6	5	8.3	5	8.8				
22	6	10.7	4	6.7	5	8.8				
23	4	7.1	12	20	8	14				
24	6	10.7	1	1.7	5	8.8				
25	2	3.6	4	6.7	6	10.7				
26	1	1.8	4	6.7	2	3.5				
27	3	5.4	2	3.3	2	3.5				
28	4	7.1	4	6.7	0	0				
29	1	1.8	2	3.3	0	0				
30	3	5.4	0	0	1	1.8				
31	1	1.8	3	5	0	0				
32	0	0	0	0	2	3.5				
33	2	3.6	2	3.3	1	1.8				
34	1	1.8	3	5	1	1.8				
35	0	0	0	0	3	5.3				
36	0	0	1	1.7	1	1.8				
38	1	1.8	1	1.7	0	0				
39	1	1.8	0	0	0	0				
40	1	1.8	0	0	0	0				
45	1	1.8	0	0	0	0				
46	0	0	0	0	1	1.8				
<b>Escolaridade</b>									4.11	.661
4-6 anos	13	23.2	15	25	13	22.8				
7-9 anos	10	17.9	16	26.7	11	19.3				
10-12 anos	29	51.8	25	41.7	25	43.9				
+ 12 anos	4	7.1	4	6.7	8	14				
<b>Etnia</b>									—	—
Africana Negra	56	100	59	98.3	57	100				
Africana de Origem Asiática	0	0	1	1.7	0	0				
<b>Estatuto profissional actual</b>									1.49	.474
Empregada	8	14.3	10	16.7	13	22.8				
Não empregada	48	85.7	50	83.3	44	77.2				
<b>Viver com pais</b>									4.95	.084
Sim	12	21.4	7	11.7	16	28.1				
Não	44	78.6	53	88.3	41	71.9				
<b>Viver com familiares</b>									.260	.878
Sim	14	25	17	28.3	14	24.6				
Não	42	75	43	71.7	43	75.4				

<b>Viver com amigos</b>							–	–
Sim	2	3.6	1	1.7	3	5.3		
Não	54	96.4	59	98.3	54	94.7		
<b>Viver com companheiro</b>							6.39	.041
Sim	24	42.9	37	61.7	23	40.4		
Não	32	57.1	23	38.3	34	59.6		
<b>Viver com crianças</b>							.972	.615
Sim	19	33.9	24	40	18	31.6		
Não	37	66.1	36	60	39	68.4		
<b>Viver sozinha</b>							–	–
Sim	2	3.6	1	1.7	4	7		
Não	54	96.4	59	98.3	53	93		
<b>Estado civil</b>							–	–
Casado	8	14.3	19	31.7	13	22.8		
União de facto	16	28.6	18	30	12	21.1		
Solteiro	25	44.6	19	31.7	28	49.1		
Divorciado/Separado	3	5.4	3	5	4	7		
Viúvo	4	7.1	1	1.7	0	0		
<b>Religião</b>							–	–
Católica	32	57.1	23	38.3	31	54.4		
Muçulmana	6	10.7	9	15	6	10.5		
Sião/Zione	1	1.8	3	5	3	5.3		
Protestante/Evangélica	11	19.6	23	38.3	15	26.3		
Sem Religião	5	8.9	2	3.3	1	1.8		
Outra	1	1.8	0	0	1	1		
<b>É religiosa?</b>							–	–
Sim	47	83.9	57	95	45	78.9		
Mais ou menos	4	7.1	1	1.7	11	19.3		
Não	5	8.9	2	3.3	1	1.8		
<b>Pratica Culto Religioso?</b>							–	–
Sim	44	78.6	55	91.7	45	78.9		
Às vezes	7	12.5	3	5	9	15.8		
Não	5	8.9	2	3.3	3	5.3		
<b>Rendimento Anual</b>							–	–
Menos de 23.400 meticais	51	91.1	53	88.3	46	80.7		
Entre 23.400 e 46.800 meticais	5	8.9	5	8.3	9	15.8		
Mais de 46.800 meticais	0	0	2	3.3	2	3.5		

**Nota.** \* Só se referem os valores do  $\chi^2$  quando existe n suficiente por célula para a interpretação dos resultados.

No que concerne ao estatuto profissional, verifica-se uma predominância do estatuto “não empregada” entre as participantes: 85.7% no grupo de ID., 83.3% no grupo de intervenção ACCENT, e 77.2% no grupo de controlo. Mais uma vez, não se verificam diferenças significativas entre os grupos ( $\chi^2=1.49$ ;  $p=.474$ ).

No que se refere à composição do agregado familiar, no Grupo de ID, 21.4% das participantes vive com os pais, 25% com outros familiares, 3.6% com amigos, 42.9% com o marido/companheiro, 33.9% com filhos/crianças, e 3.6% sozinha. No Grupo de Intervenção ACCENT verifica-se que 11.7% das mulheres co-habita com os pais, 28.3% com outros familiares, 1.7% com amigos, 61.7% com o marido/companheiro,

40% com filhos/crianças, e 1.7% sozinha. No Grupo de Controlo observa-se que 28.1% das participantes vive com os pais, 24.6% com familiares, 5.3% com amigos, 40.4% com o marido/companheiro, 31.6% com filhos/crianças, e 7% sozinha. Não se observam diferenças entre os grupos ao nível das variáveis “viver com os pais” ( $\chi^2=4.95$ ,  $p=.084$ ), “viver com familiares” ( $\chi^2=.260$ ,  $p=.878$ ), e “viver com crianças” ( $\chi^2=.972$ ,  $p=.615$ ). Relativamente à variável “viver com o companheiro/marido” verifica-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $\chi^2=6.39$ ,  $p=.041$ ), sendo que no GA há mais mulheres a viver com os companheiros do que nos outros grupos.

Relativamente ao estado civil, no que se refere ao Grupo ID, as mulheres são sobretudo solteiras (44.6%) ou em união de facto (28.6%), havendo ainda 14.3% casadas, 5.4% divorciadas/separadas, e 7.1% viúvas. No Grupo de intervenção ACCENT observa-se que as participantes são sobretudo casadas (31.7%), solteiras (31.7%) e em união de facto (30%), havendo uma minoria de mulheres divorciadas/separadas (5%) e viúvas (1.7%). No Grupo de Controlo verifica-se que as participantes são sobretudo solteiras (49.1%), sendo as restantes casadas (22.8%), em união de facto (21.1%), e minoritariamente divorciadas (7%), não havendo viúvas neste grupo.

Quanto à filiação religiosa, no grupo de ID as mulheres são maioritariamente católicas cristãs (57.1%), mas também protestantes/evangélicas (19.6%), muçulmanas (10.7%), Sião/Zione (religião tribal em África) (1.8%), e de outras religiões (1.8%), havendo algumas que se consideram sem religião (8.9%). No grupo de intervenção didáctica, predomina de igual forma a religião católica e protestante/evangélica (ambas com 38.3%). No grupo de controlo, a maioria das participantes são católicas (54.4%), mas também protestantes/evangélicas (26.3%) e muçulmanas (10.5%). Das mulheres que possuem religião, independentemente de qual, a grande maioria considera-se efectivamente religiosa: 83.9% no grupo de ID, 95% no grupo de intervenção ACCENT, e 78.9% no grupo de controlo. Quando questionadas acerca da prática de algum culto religioso, 78.6% das mulheres do GD indica que pratica algum tipo de culto religioso e 12.5% refere fazê-lo às vezes. No GA, 91.7% refere praticar algum culto religioso, e 5% fá-lo às vezes. No GC, esta tendência também se mantém (78.9% e 15.8%, respectivamente).

Em relação ao rendimento anual, constata-se que este é muito precário para a generalidade da amostra, na medida em que 91.1% do GD, 83.3% do GA, e 80.7% do

GC auferiu um valor inferior a 23.400 meticais anuais, o que equivale a menos de um ordenado mínimo moçambicano por mês.

Concluindo, verifica-se que os três grupos são muito similares relativamente às suas características sócio-demográficas, na medida em que os testes de *Qui-Quadrado* revelaram diferenças significativas apenas no que se refere à variável “co-habitação com o companheiro”, com o GA a apresentar valores mais elevados a este nível.

#### 4.5.2. Caracterização Clínica da Amostra

Nos Quadros 5, 6 e 7 são apresentadas as principais características clínicas da amostra ( $n=173$ ), de acordo com os grupos a que pertencem. Mais uma vez, será pertinente referir que apenas foram efectuados testes de diferenças entre os grupos naquelas variáveis que possuem um número suficiente de sujeitos nas várias células, de forma a permitir uma adequada interpretação dos resultados.

Quadro 5

*Caracterização Clínica da Amostra por Grupo ( $n=173$ ): saúde sexual e reprodutiva*

Variáveis clínicas	G. ID ( $n=56$ ) 32.4%		G. ACCENT ( $n=60$ ) 34.7%		G. CONTROLO ( $n=57$ ) 32.9%		$\chi^2$ *	p
	n	%	n	%	n	%		
<b>Está grávida?</b>								
Sim	4	7.1	2	3.3	3	5.3	—	—
Não	52	92.9	58	96.7	54	94.7		
<b>Já esteve grávida?</b>							.066	.967
Sim	41	73.2	43	71.7	42	73.7		
Não	15	26.8	17	28.3	15	26.3		
<b>Número de filhos</b>							1.63	.950
0	31	55.4	31	51.7	32	56.1		
1	12	21.4	15	25	11	19.3		
2	8	14.3	6	10	8	14		
+ de 3	5	8.9	8	13.3	6	10.5		
<b>O seu parceiro actual é o seu único parceiro?</b>							—	—
Sim	48	85.7	55	91.7	56	98.2		
Não	8	14.3	5	8.3	1	1.8		
<b>Alguma vez teve uma doença sexualmente transmissível?</b>							1.10	.575
Sim	35	62.5	43	71.7	38	66.7		
Não	21	37.5	17	28.3	19	33.3		
<b>Teve uma nova IST nos últimos três meses?</b>							2.18	.335
Sim	19	33.9	28	46.7	21	36.8		
Não	37	66.1	32	53.3	36	63.2		

<b>Alguma vez fez o teste para o VIH?</b>							4.82	.090
Sim	48	85.7	46	76.7	52	91.2		
Não	8	14.3	14	23.3	5	8.8		
<b>Alguma vez o teste foi positivo para o VIH?</b>							.978	.613
Sim	6	10.7	5	8.3	8	14		
Não	50	89.3	55	91.7	49	86		
<b>Controle da Natalidade:</b>							2.99	.224
- Pílula								
Sim	9	16.1	4	6.7	5	8.8		
Não	47	83.9	56	93.3	52	91.2		
<b>Controle da Natalidade:</b>							.233	.890
- Preservativo								
Sim	20	35.7	24	40	22	38.6		
Não	36	64.3	36	60	35	61.4		

Assim, em termos de características clínicas e no que se refere ao estatuto de gravidez (no momento da avaliação), verifica-se que no total da amostra, 5.2% ( $n=9$ ) encontrava-se grávida. Concretamente, 5.3% ( $n=3$ ) no grupo de controlo, 7.1% ( $n=4$ ) no grupo de I.D, e 3.3% ( $n=2$ ) no grupo de intervenção ACCENT. No que se refere a gravidezes prévias, a grande maioria das mulheres de todos os grupos já esteve grávida no passado: 73.7% ( $n=42$ ) no grupo de controlo, 73.2% ( $n=41$ ) no grupo ID, e 71.7% ( $n=43$ ) no grupo de intervenção ACCENT. Não se verificam diferenças significativas entre os três grupos ( $\chi^2=.066$ ,  $p=.967$ ) ao nível desta variável.

No que se refere ao número de filhos, é possível verificar que a maioria da amostra, em todos os grupos, não tem filhos: 56.1% no grupo de controlo, 55.4% no grupo de intervenção didáctica, e 51.7% no grupo de intervenção ACCENT. Comparando o número de gravidezes prévias (72.8% da amostra total) com o número de filhos actualmente (54.3% da amostra total sem filhos), deduz-se que há uma marcante história de aborto (provocado ou espontâneo) e/ou mortalidade infantil, entre as participantes.

Quanto ao número de parceiros sexuais, constata-se que a maioria das participantes de todos os grupos possui um único parceiro: 98.2% no grupo de controlo, 85.7% no grupo de ID, e 91.7% no grupo de intervenção ACCENT.

Em relação às doenças/infeções sexualmente transmissíveis (ISTs), verifica-se uma elevada prevalência destas ao longo da história de vida das participantes. Observa-se que 66.7% das mulheres do grupo de controlo, 62.5% do grupo de ID, e 71.7% do grupo de intervenção ACCENT já tiveram ISTs. A este nível não se verificam

diferenças significativas entre os grupos ( $\chi^2=1.10$ ,  $p=.575$ ). Relativamente à existência de novas infecções sexualmente transmissíveis nos últimos três meses, esta verifica-se em 36.8% do grupo de controlo, 33.9% do grupo de ID, e 46.7% do grupo de intervenção ACCENT. Mais uma vez, não se observam diferenças significativas entre os grupos ( $\chi^2=2.18$ ,  $p=.335$ ). No que se refere ao VIH/SIDA, constata-se que a grande maioria da amostra (91.2% do grupo de controlo, 85.7% do grupo de ID, 76.7% do grupo de intervenção ACCENT) já fez o teste para o VIH. Também não se verificaram diferenças significativas entre os grupos ao nível desta variável ( $\chi^2=4.82$ ,  $p=.090$ ). Relativamente ao seu resultado, é possível observar que este deu positivo para 14% das mulheres do grupo de controlo, 10.7% do grupo de I.D., e 8.3% do grupo de intervenção ACCENT. Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos ( $\chi^2=.978$ ,  $p=.613$ ) ao nível desta variável clínica.

Em relação ao tipo de controlo de natalidade no decorrer do último ano, pode-se observar que apenas 8.8% do grupo de controlo, 16.1% do grupo de ID, e 6.7% do grupo de intervenção ACCENT recorreu à pílula contraceptiva em algum momento. Ao nível desta variável, não se observaram diferenças significativas entre os grupos ( $\chi^2=2.99$ ,  $p=.224$ ). No que se refere ao preservativo, este foi utilizado como método contraceptivo por 38.6% das mulheres do grupo de controlo, 35.7% das do grupo de ID e 40% das do grupo de intervenção ACCENT. Relativamente ao uso do preservativo não se verificaram diferenças significativas entre os três grupos ( $\chi^2=.233$ ,  $p=.890$ ).

## Quadro 6

*Caracterização Clínica da Amostra por Grupo (n=173): história de abuso na idade adulta, história de abuso na infância, e sintomatologia de stress pós traumático (PTSD)*

	G. ID (n=56) 32.4%		G. ACCENT (n=60) 34.7%		G. CONTROLO (n=57) 32.9%			
Variáveis clínicas	n	%	n	%	n	%	$\chi^2$ *	p
<b>História de Abuso na Idade Adulta:</b>								
- Detecção de violação (vaginal)							-	-
Sim	7	12.5	6	10	4	7		
Não	49	87.5	54	90	53	93		
- Detecção de violação (sexo oral)							-	-
Sim	1	1.8	0	0	1	1.8		
Não	56	98.2	60	100	56	98.2		



- Detecção de violação (sexo anal)							-	-
Sim	1	1.8	0	0	0	0		
Não	55	98.2	60	100	57	100		
- Assédio							-	-
Sim	0	0	1	1.7	1	1.8		
Não	56	100	59	98.3	56	98.2		
- Ameaça sexual							-	-
Sim	0	0	1	1.7	0	0		
Não	56	100	59	98.3	57	100		
<b>História de Abuso na Infância:</b>								
Abuso sexual (vaginal)							-	-
Sim	1	1.8	1	1.7	1	1.8		
Não	55	98.2	59	98.3	56	98.2		
-Abuso físico (batida violentamente)							8.13	.421
Sim	11	19.6	16	26.7	18	31.6		
Não	45	80.4	44	73.3	39	68.4		
-Abuso físico (castigos cruéis)							9.97	.267
Sim	11	19.6	18	30	19	33.3		
Não	45	80.4	42	70	38	66.7		
-Abuso físico (castigo c/ objectos)							7.94	.439
Sim	12	21.4	15	25	20	35.1		
Não	44	78.6	45	75	37	64.9		
Abuso emocional (alvo de berros)							3.67	.885
Sim	40	71.4	38	63.3	42	73.7		
Não	16	28.6	22	36.7	15	26.3		
Abuso físico emocional (alvo de insultos)							1.63	.990
Sim	32	57.1	34	56.7	32	56.1		
Não	24	42.9	26	43.3	25	43.9		
<b>Sintomatologia de PTSD</b>							.394	.821
Sim	8	14.3	7	11.7	6	12.3		
Não	48	85.7	53	88.3	50	87.7		

Adicionalmente, o Quadro 6 apresenta os resultados ao nível de algumas variáveis clínicas relacionadas com a história de abuso e trauma na infância e na idade adulta. Assim, é possível constatar que 7% do grupo de controlo, 12.5% do grupo de ID e 10% do grupo de intervenção ACCENT já sofreu uma história de violação sexual (vaginal) na idade adulta (desde que tinham 16 anos). Neste seguimento, observa-se ainda que 1.8% ( $n=1$ ) das mulheres do grupo de controlo e do grupo de ID foram forçadas a praticar sexo oral. No que se refere a violação sexual anal, constata-se que esta ocorreu em 1.8% ( $n=1$ ) das mulheres do grupo de ID. No que se refere ao assédio sexual, este foi sentido por 1.8% ( $n=1$ ) das mulheres do grupo de controlo e 1.7% ( $n=1$ ) das mulheres do grupo de intervenção ACCENT. Relativamente à ameaça sexual, esta

foi vivida por 1.7% ( $n=1$ ) das mulheres do grupo de intervenção ACCENT, não se registando nenhuma ocorrência desta situação juntos das mulheres dos outros grupos.

Quanto à história de abuso na infância (até aos 16 anos), é possível constatar que, no que se refere ao abuso sexual, 1.8% ( $n=1$ ) das mulheres do grupo de controlo, 1.8% ( $n=1$ ) das dos grupo de ID, e 1.7% ( $n=1$ ) das do grupo de intervenção ACCENT acredita ter passado por essa situação. Relativamente ao abuso físico, mais propriamente, no que se refere a ser agredido violentamente, ao ponto de ficar com marcas físicas, é possível constatar que 31.6% das mulheres do grupo de controlo, 19.6% das dos grupo de ID, e 26.7% das do grupo de intervenção ACCENT refere ter vivido essa situação. A este nível não se observam diferenças significativas entre os três grupos ( $\chi^2=8.13$ ,  $p=.421$ ). Neste âmbito do abuso físico, verifica-se ainda que 33.3% do grupo de controlo, 19.6% do grupo de ID e 30% do grupo de intervenção ACCENT considera ter recebido castigos cruéis durante a infância. Também ao nível desta variável não se constata diferenças significativas entre os grupos ( $\chi^2=9.97$ ,  $p=.267$ ). Adicionalmente, 35.1% do grupo de controlo, 21.4% do grupo de ID e 25% do grupo de intervenção ACCENT afirma já ter sido castigado fisicamente com uma tábua, corda ou qualquer outro objecto duro. Mais uma vez, não se observam diferenças significativas entre os três grupos ( $\chi^2=7.94$ ,  $p=.439$ ). Em termos de agressão verbal (abuso emocional), a maioria das mulheres de todos os grupos (73.3% do grupo de controlo, 71.4% do grupo de ID e 63.3% do grupo de intervenção ACCENT) refere ter sido alvo de berros e gritos por parte de terceiros, durante a infância. Não se verificam diferenças significativas entre os três grupos ( $\chi^2=3.67$ ,  $p=.885$ ). Quando questionadas acerca do facto de alguma vez terem sido insultadas ou alvo de expressões verbais que as magoaram, 56.1% das mulheres do grupo de controlo, 57.1% das do grupo de ID, e 56.7% das do grupo de intervenção ACCENT respondeu afirmativamente. Também aqui não se observam diferenças significativas entre os grupos ( $\chi^2=1.63$ ,  $p=.990$ ).

No que se refere à presença de sintomatologia de stress pós-traumático, esta verifica-se em 12.3% das mulheres do grupo de controlo, 14.3% das do grupo de ID, e 11.7% das do grupo de intervenção ACCENT. Também não se verificam diferenças significativas entre os grupos ( $\chi^2=.394$ ,  $p=.821$ ) ao nível desta variável clínica.

No que respeita ao consumo de álcool antes de ter relações sexuais, tal como se pode observar no Quadro 7, a grande maioria da amostra (93% do grupo de controlo, 94.6% do grupo de ID e 93.3% do grupo de intervenção ACCENT) refere que tal não

aconteceu uma única vez, no decorrer das duas últimas semanas. No caso de consumo de drogas, todas as participantes, de todos os grupos (100%) relatam não ter consumido qualquer tipo de drogas antes de ter relações sexuais, nas duas últimas semanas.

#### Quadro 7

*Caracterização Clínica da Amostra por Grupo (n=173): consumo de álcool e drogas, percepções de risco (em relação ao parceiro, comunitário e pessoal), e conversas sobre SIDA com o parceiro (os)*

	G. ID (n=56) 32.4%		G. ACCENT (n=60) 34.7%		G. CONTROLO (n=57) 32.9%			
Variáveis clínicas	n	%	n	%	n	%	$\chi^2$ *	p
<b>Utiliz. Álcool /Drogas (2 últim. Semanas):</b>								
Nº de vezes que bebeu álcool antes de ter sexo							–	–
0	53	94.6	56	93.3	53	93		
1	1	1.8	3	5	2	3.5		
2	2	3.6	1	1.7	1	1.8		
3	0	0	0	0	1	1.8		
Nº de vezes que consumiu droga antes de ter sexo							–	–
0	56	100	60	100	57	100		
<b>Percepção de risco em relação ao parceiro:</b>								
O seu parceiro alguma vez usou drogas injectáveis?							–	–
Não	46	82.1	46	76.7	40	70.2		
Talvez	6	10.7	8	13.3	11	19.3		
Sim	4	7.1	6	10	6	10.5		
O seu parceiro actual teve outros parceiros sexuais no passado?							1.33	.856
Não	8	14.3	5	8.3	6	10.5		
Talvez	6	10.7	7	11.7	5	8.8		
Sim	42	75	48	80	46	80.7		
<b>Percepção de risco comunitário:</b>								
Sem risco	0	0	0	0	1	1.8		
Baixo Risco	3	5.4	5	8.3	2	3.5		
Risco moderado	24	42.9	19	31.7	12	21.1		
Risco Elevado	29	51.8	36	60	42	73.7		
<b>Percepção de risco pessoal:</b>								
Sem risco	7	12.5	8	13.3	5	8.8	3.32	.768
Baixo Risco	20	35.7	15	25	17	29.8		
Risco moderado	17	30.4	26	43.3	22	38.6		
Risco Elevado	12	21.4	11	18.3	13	22.8		

<b>Conversar sobre SIDA com os parceiros sexuais:</b>						6.72	.151
Com todos os parceiros	32	57.1	32	53.3	37	64.9	
Com alguns parceiros	13	23.2	16	26.7	5	8.8	
Raramente ou nunca	11	19.6	12	20	15	26.3	

Relativamente à percepção de risco em relação aos comportamentos do parceiro, a maioria das participantes (70.2% do grupo de controlo, 82.1% do grupo de ID e 76.7% do grupo de intervenção ACCENT) acredita que os seus parceiros nunca utilizaram drogas injectáveis. Já no que se refere à existência de parceiras (os) anteriores na vida dos seus parceiros actuais, 80.7% das mulheres do GC, 75% do GD e 80% do GA são da opinião de que os seus parceiros sexuais já tiveram outras parceiras (os) no passado. Em relação a esta questão, não se verificam diferenças significativas entre os três grupos estudados ( $\chi^2=1.33$ ,  $p=.856$ ).

No que se refere à percepção de risco comunitário para o VIH/SIDA, a maioria da amostra (73.7% do grupo de controlo, 51.8% do grupo de ID e 60% do grupo de intervenção ACCENT) considera que este é muito elevado nas suas próprias comunidades. No que respeita à percepção de risco pessoal, as opiniões dividem-se nos vários grupos. No GC, 1.8% das participantes considera não estar em risco, 3.5% é da opinião que o seu risco pessoal é baixo, 21.1% considera que é moderado, e a maioria (73.7%) refere que o seu risco pessoal é elevado. No GD 12.5% das mulheres é da opinião que não está em risco, 35.7% considera que o seu risco é baixo, 30.4% refere que é moderado, e 21.4% considera que o seu risco pessoal é elevado. Já no GA, 8.8% das participantes considera não estar em risco, 29.8% é da opinião que o seu risco pessoal é baixo, 38.6% considera que este é moderado, e 22.8% refere que o seu risco pessoal é elevado. Também aqui não se observam diferenças significativas entre os grupos ( $\chi^2=3.32$ ,  $p=.768$ ).

Quando questionadas sobre o facto de conversarem acerca do VIH/SIDA com os seus parceiros, a maioria da amostra de todos os grupos (64.9% do grupo de controlo, 57.1% do grupo de ID e 53.3% do Grupo de intervenção ACCENT) refere fazê-lo com todos os parceiros que têm e/ou tiveram. Em relação a este aspecto, não se verificam diferenças significativas entre os três grupos estudados ( $\chi^2=6.72$ ,  $p=.151$ ).

Em conclusão, pode-se verificar que, no que se refere às características clínicas das participantes, todos os grupos são equivalentes no pré-teste no que se refere às variáveis avaliadas.

#### 4.6. Instrumentos de Avaliação

O instrumento de avaliação utilizado para o presente estudo foi o *Questionário do Estudo sobre a Saúde das Mulheres Moçambicanas* (Hobfoll et al., 2002; versão adaptada por McIntyre, Costa & Patrão, 2009) (Anexo VI). Este inclui um conjunto de questionários e escalas que avaliam variáveis relevantes no âmbito da saúde feminina e da prevenção do VIH/SIDA. O instrumento resulta da adaptação para moçambicano da versão portuguesa (McIntyre & Costa, 2004) do *Women's Health Study Questionnaire* (Hobfoll et al., 2002). Este instrumento integra um Questionário Demográfico e Clínico (McIntyre, Costa & Hobfoll, 2002) e várias escalas para avaliação de diferentes variáveis psicossociais e comportamentais. A sua adaptação para português foi efectuada por McIntyre e Costa (2004) aquando da utilização do mesmo num estudo sobre a Prevenção da SIDA e Promoção da Saúde em Mulheres Portuguesas. A lista de instrumentos que compõe o *Questionário do Estudo da Saúde das Mulheres Moçambicanas* é a seguinte:

1. Questionário Sócio-Demográfico e Clínico (McIntyre, Veiga Costa & Hobfoll, 2002);
2. *Self-Efficacy AIDS Negotiation Scale* (Questionário da Auto-Eficácia na Negociação do Preservativo) (Hobfoll, 2002);
3. *Conservation of Resources-Evaluation* (COR-E) (Questionário da Conservação de Recursos) (Hobfoll & Lilly, 1993). Versão experimental portuguesa (McIntyre & Veiga Costa, 2002);
4. *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D) (Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos) (Randloff, 1977);
5. *Social Provisions Scale: Relationship Questionnaire* (Escala de Suporte Social) (Cutrona & Russel, 1993);
6. *General Perceived Self-Efficacy* (Escala de Auto-Eficácia Geral) (Schwarzer & Jerusalem, 1993/ver.2000) Versão experimental portuguesa (McIntyre & Veiga Costa, 2002);
7. *Sexual Knowledge Questionnaire* (Questionário de Conhecimento sobre a Transmissão e Prevenção do VIH) (Hobfoll, 2002);
8. *Past Sexual Behaviour* (Questionário do Comportamento Sexual Passado) (Hobfoll, 2002);

9. *Perceptions of Risk, Atitudes and other AIDS related behaviors; Partner HIV Risk Behavior* (Questionário de Percepção de Comportamento de Risco para o VIH e outras atitudes face ao VIH/SIDA) (Hobfoll, 2002);
10. *Current safer sex practices* (Escala de Práticas Sexuais Seguras Actuais (Hobfoll, 2002);
11. *Barriers Against Safer Sex Behavior Scale: Reasons for not practicing safer-sex* (Questionário de Barreiras face ao Sexo Seguro) (Hobfoll, 2002);
12. *STD markers* (Marcadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis) (Hobfoll, 2002);
13. *Alcohol and drug use* (Questionário de Comportamentos de Risco relacionados com Álcool e Drogas) (Hobfoll, 2002);
14. *Self-Esteem Scale* (Escala de Auto-Estima) (Rosenberg, 1965);
15. *PSTD Symptom Scale Self-Reported* (PSS-SR) (Escala de Auto-Relato de Sintomatologia de PTSD) (Foa et al., 1993). Versão experimental portuguesa (McIntyre & Veiga Costa, 2002);
16. *Sexual Abuse in Adulthood* (Questionário de Abuso Sexual na Idade Adulta) (6 itens do *National women's study*; Resnick et al., 1993);
17. *Childhood Trauma Questionnaire* (Questionário de Trauma Infantil) (Bernstein et al., 1994). Versão experimental portuguesa (McIntyre & Veiga Costa, 2002).

Seguidamente, iremos apresentar as principais características psicométricas dos instrumentos em termos da validade do construto, consistência interna e fidelidade teste-reteste. Estes instrumentos foram adaptados para a população Moçambicana do *Questionário de Saúde das Mulheres* (McIntyre, Costa e Hobfoll, 2002). A análise das características psicométricas resulta dos dados obtidos no primeiro momento de avaliação (pré-teste) ( $n=173$ ).

Será importante referir que esta análise dos instrumentos não constitui uma validação definitiva dos mesmos, pois este não é o objectivo principal do presente trabalho de investigação. No entanto, estes dados constituem uma referência para estudos futuros e contribuem para a avaliação e promoção da saúde nesta população.

#### **4.6.1. Questionário Sócio-Demográfico e Clínico**

O *Questionário Sócio-Demográfico e Clínico* de McIntyre, Costa e Hobfoll (2002) inclui variáveis relevantes para a caracterização da amostra, tais como, idade, habilitações literárias, origem étnica, estatuto profissional actual, profissão, co-

habitação (com quem vive), estado civil, religião, religiosidade actual, prática de culto religioso, rendimento anual, gravidez actual, história de gravidez passada, número de filhos, vontade do parceiro em usar preservativo, monogamia, duração da relação, e importância atribuída à manutenção da relação. Este instrumento é constituído por 19 itens, que inclui questões abertas (e.g. idade e profissão) e de escolha múltipla (e.g. co-habitação).

#### **4.6.2. Escala de Auto-Eficácia na Negociação do Preservativo (Self-Efficacy AIDS Negotiation Scale - SE-AIDS)**

A *Escala de Auto-Eficácia na Negociação do Preservativo* foi desenvolvida por Hobfoll (2002). Esta contém cinco itens, cujo objectivo é avaliar a auto-eficácia das mulheres na negociação do preservativo com os seus parceiros. A resposta à escala é dada através de pontuação numa escala Likert de 0 a 9 (0 = nada confiante a 9 = totalmente confiante), em que as mulheres assinalam o quão confiantes se sentem relativamente à negociação do sexo seguro com os seus parceiros.

Na sua versão portuguesa, esta escala foi analisada numa amostra de 200 mulheres em risco sexual, apresentando um índice aceitável de consistência interna (Alfa de *Cronbach* =.69) e correlações de todos os itens com o total da escala superiores a .30 (McIntyre & Costa, 2004; Costa, 2007). No que se refere à validade do construto, esta foi analisada através de análise factorial exploratória, tendo conduzido à extracção de um factor com valor próprio superior a 1, que explica 46.24% da variância, confirmando a unidimensionalidade da escala. Também foram analisadas as correlações entre os itens. Observaram-se correlações moderadas entre os itens e o total da escala. Esta investigação com mulheres portuguesas em risco sexual foi a primeira análise da SE-AIDS na população portuguesa. Os dados encontrados em termos de fidelidade e validade foram promissores e encorajadores de replicações do instrumento noutras amostras similares (Costa, 2007).

#### **Análise das Características Psicométricas da *Self-Efficacy AIDS Negotiation Scale* (SE-AIDS) na Amostra em Estudo**

Na amostra em estudo, com mulheres Moçambicanas em risco para o VIH ( $n=173$ ), avaliaram-se as características psicométricas da escala em termos de consistência interna, validade do construto e validade convergente.

No que se refere à fidelidade, nesta amostra, a escala SE-AIDS apresenta um bom índice de consistência interna (Alfa de *Cronbach* = .94) com todos os itens a apresentarem correlações superiores a .56 com o total da escala (ver Quadro 8).

#### Quadro 8

##### *Resultados da análise de consistência interna do SE-AIDS – 5 Itens (n=173)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Cronbach $\alpha$ se o item for eliminado
1. Abordar o assunto do preservativo ou do sexo seguro nas conversas.	.56	.98
2. Convencer o ser parceiro a usar preservativo mesmo que ele diga que não quer.	.91	.92
3. Recusar ter relações sexuais se ele não concordar com o sexo seguro.	.94	.92
4. Pôr o sexo de lado se não quiser nesse momento, mas ele sim.	.92	.92
5. Manter-se pelo sexo seguro se ele ameaçar ir-se embora.	.94	.92
<b>Alfa total da escala = .94</b>		

Para avaliar a validade de construto recorreu-se à análise factorial exploratória da escala (ver Quadro 9). Os valores obtidos pelo *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) (.862) (superior a .6) e pelo teste de esfericidade de *Bartlett* (TEB) (1371.932;  $p < .000$ ), confirmam os critérios psicométricos para a realização da análise factorial (Pestano & Gageiro, 1998; cit. por Almeida & Freire, 2003; Pallant, 2001). Os resultados da análise factorial são os que se seguem.



# Quadro 9

## *Estrutura factorial da SE-AIDS – 5 Itens (n=173)*

Factor	Carga factorial
<b>I</b>	
<b>Auto-eficácia na negociação do preservativo</b>	
Eigenvalue: 4.1	
Variância explicada: 83.2%	
Quão confiante se sente com o seu parceiro:	
1... de abordar o assunto do preservativo ou do sexo seguro nas conversas?	.66
2... de convencer o seu parceiro a usar o preservativo mesmo que ele diga que não quer?	.95
3... de recusar ter relações sexuais se ele não concordar com o sexo seguro?	.98
4... de pôr o sexo de lado se não quiser nesse momento mas ele sim?	.96
5... de manter-se pelo sexo seguro se ele ameaçar ir-se embora?	.97

A análise factorial gerou 1 factor que explica 83.2% da variância, o que confirma a unidimensionalidade do instrumento.

# Quadro 10

## *Coefficientes de correlação de Spearman entre os totais da SE-AIDS, da GSES, e 1 item (uso preservativo nos últimos 4 actos sexuais) do Questionário de Comportamento Sexual Actual (Variável Comportamental) (n=173)*

	Total SE-AIDS
Total GSES	.551**
Utilização Preservativo	.725**

\*\*  $p < .01$

A validade convergente da SE-AIDS foi avaliada através do estudo das correlações com outros instrumentos que avaliam construtos associados, tal como é o caso da Escala de Auto-Eficácia Geral e um item específico (utilização efectiva do preservativo no decorrer das últimas quatro relações sexuais) do Questionário do

Comportamento Sexual Actual (variável comportamental) (Quadro 10). Os resultados são os esperados de acordo com o que preconiza a literatura: correlação positiva e significativa entre a SE-AIDS e a GSES ( $r=.551$ ;  $p<.01$ ), e entre a SE-AIDS e o Questionário de Comportamento Sexual Actual ( $r=.725$ ;  $p<.01$ ). Ou seja, quanto maior é o nível de auto-eficácia para a utilização do preservativo, maior é o nível de auto-eficácia geral e a utilização efectiva do preservativo. Esta constatação encontra-se referenciada por vários autores, que consideram a auto-eficácia para a negociação do preservativo um dos principais preditores para a promoção da saúde sexual (e.g. Longshore et. al, 2006; O'Leary et. al, 2008).

Na presente investigação também foi avaliada a estabilidade temporal da escala, através de análises correlacionais entre o pré-teste e os outros momentos de avaliação (pós-teste, seguimento 1, e seguimento 2) no grupo de controlo (o único que não sofreu qualquer tipo de intervenção). No Quadro 11 podemos observar que ao longo dos 4 meses (tempo médio entre o pré-teste e o seguimento 2), a SE-AIDS apresenta uma boa estabilidade, com as correlações a variar entre os .88 e os .95.

#### Quadro 11

*Resultados relativos à Fidelidade teste-reteste da SE-AIDS (n=57)*

	Pós-teste (1 semana)	Seguimento 1 (1 mês)	Seguimento 2 (3 meses)
<b>Pré-teste</b>	.950**	.950**	.893**

\*\*  $p \leq .01$

Em suma, considera-se que, perante os resultados obtidos em termos de validade e fidelidade, a SE-AIDS demonstrou ser um instrumento fiável e viável neste tipo de amostra, em contexto moçambicano. No entanto, a presente investigação é pioneira na utilização deste instrumento numa amostra Moçambicana, pelo que será necessário que os dados sejam replicados noutras amostras. Não obstante, os resultados encontrados são promissores e permitem uma utilização confiante do instrumento na amostra em estudo.

#### 4.6.3. Questionário da Conservação de Recursos (Conservation of Resources-Evaluation Questionnaire - COR-E)

O Questionário da Conservação de Recursos (*Conservation of Resources-Evaluation Questionnaire*) (COR-E) é um instrumento de avaliação criado a partir da Teoria de Conservação de Recursos. Trata-se de um modelo explicativo do stress (Hobfoll, 1989). Este instrumento foi criado para medir o grau em que as mulheres encontraram condições *stressantes* que resultam na perda de condições (e.g. saúde, emprego, educação), material (e.g. transporte, casa), de energia e recursos (e.g. crédito, dinheiro) e de características pessoais (e.g. sentimento de esperança e sentido de controlo).

A versão original do COR-E, com 74 itens, foi testada numa amostra de 95 homens e 160 mulheres (Hobfoll & Lilly, 1993). A criação dos itens foi conseguida através duma listagem de recursos importantes na vida das pessoas. Este processo de listagem foi desenvolvido com grupos de universitários e da comunidade. Estes grupos nomearam acontecimentos e recursos que consideraram importantes e eliminaram outros menos importantes (e.g. tocar um instrumento musical) (Hobfoll, Lilly & Jackson, 1991). De acordo com os autores, os recursos contemplados não correspondem a uma lista completa, pois os recursos, assim como os acontecimentos de vida, são infindáveis (Wells, Hobfoll & Lavin, 1999).

Os itens do COR-E integram diferentes tipos de recursos: recursos de trabalho (e.g. *necessary tools for work* ou *understanding from my employer/boss*), recursos pessoais – auto-estima (*sense of pride in myself* ou *ability to communicate well*), eficácia (*ability to organize tasks* ou *self-discipline*), bem-estar (*sense of optimism* ou *feeling that my life has meaning/ purpose*), recursos materiais (*personal transportation* ou *financial stability*), recursos de energia (*free time* ou *adequate financial credit*), recursos interpessoais – família (*family stability* ou *help with tasks at home*), e recursos interpessoais – geral (*intimacy with at least one friend* ou *people I can learn from*). O COR-E é respondido através de uma escala de *Likert*, pontuada de 1 a 7. Na sua versão original, este inclui a perda e ganhos de recursos em vários momentos: (1) perda recente que tenham vivido nas últimas semanas (1 = pouca perda, 7 = muita perda); (2) perdas que experienciaram no decorrer do último ano; (3) ganhos que obtiveram recentemente (1 = pouco ganho, 7 = muito ganho); e (4) ganhos que experienciaram durante o último ano.

É necessário salientar que existem várias versões deste instrumento, o que torna difícil descrevê-lo (Costa, 2007). Na versão original do questionário, em termos de fidelidade, Hobfoll e Lilly (1993) encontraram coeficientes entre os .55 e os .64, para as medidas de perda de recursos e ganhos recentes; e entre .64 aos .67, para as medidas de perda e ganho durante o último ano. Neste estudo não são referidos mais dados acerca da consistência interna do instrumento. Posteriormente, Hobfoll e Schroder (2001) utilizaram o COR-E para avaliar o *stress* numa amostra de 1.339 mulheres. Neste estudo, os autores recorreram a 44 dos 74 itens do *COR-Evaluation* (Hobfoll, 1998), considerados como os mais relevantes para a população em estudo. Assim, avaliaram o *stress* destas mulheres (perda ou ameaça de perda de recursos importantes: rendimento adequado, estabilidade familiar, etc.) numa escala de três pontos (1=nenhuma ameaça ou perda, 2=alguma ameaça ou perda, e 3=muita ameaça ou perda) e incluíram uma nova categoria “não se aplica”, quando algum dos itens não se aplicasse a uma determinada área da vida destas mulheres. Neste estudo foram encontrados bons níveis de consistência interna para a maioria das sub-escalas estudadas (.87 para o *stress* financeiro, .82 para o *stress* no trabalho, .81 para o *stress* social, .78 para o *stress* parental, .74 para o *stress* com as condições de alojamento – ferramentas, .59 para o *stress* relacionado com a saúde, e .65 para o *stress* com o tempo).

Posteriormente, o COR-E também foi avaliado numa amostra portuguesa de 200 mulheres em risco sexual para o VIH/SIDA (McIntyre & Costa, 2004; Costa, 2007). A versão utilizada neste estudo foi uma adaptação da versão de Hobfoll e Schroder (2001), com as seguintes categorias: *stress* social, *stress* com as condições domésticas, *stress* relacionado com a saúde, *stress* de tempo, e *stress* financeiro. Neste estudo português excluiu-se as categorias de *stress* parental e de *stress* no trabalho devido às características da amostra (mulheres jovens maioritariamente sem filhos e sem actividade profissional). Assim, a versão portuguesa do COR-E (McIntyre & Costa, 2002) é constituída por 40 itens do Questionário de Conservação de Recursos – Avaliação (COR-E; Hobfoll, 2002). Nesta versão foram avaliadas as condições de *stress* que resultaram na perda de recursos, apenas nos últimos três meses. Nesta versão da escala foi solicitado às participantes que classificassem a perda ou ameaça de perda para cada item numa escala de 3 pontos: 0 = *nenhuma ameaça ou perda*, 1 = *alguma ameaça ou perda*, e 2 = *muita ameaça ou perda*, com uma categoria adicional – “*não se aplica*” – caso o item não fosse ao encontro das circunstâncias de vida das mulheres (por exemplo, emprego e filhos). De acordo com as instruções do autor, a categoria “*não se*

*aplica*” foi cotada como “*nenhuma ameaça ou perda*”, e os *scores* totais foram computadorizados para obter indicadores para diferentes tipos de ameaça ou perda. Os *scores* mais elevados indicam maior *stress* (Costa, 2007). De acordo com Costa (2007), os resultados obtidos a partir deste estudo constituem apenas um estudo piloto das características psicométricas da amostra em estudo, dado o número da amostra não permitir a validação do instrumento. Não obstante, os dados que resultaram deste estudo são uma referência valiosa aquando da utilização do instrumento noutras amostras investigadas, especialmente populações de língua portuguesa.

A versão portuguesa do COR-E (McIntyre & Costa, 2002), avaliada com 200 mulheres em risco para o VIH/SIDA apresentou um alfa de .90 para o total da escala. Os coeficientes de *Cronbach* encontrados para as cinco sub-escalas do COR foram os seguintes: .93 para o *stress* social, .82 para o *stress* na saúde, .86 para o *stress* no tempo, .93 para o *stress* nas condições domésticas/ferramentas, e .95 para o *stress* financeiro (Costa, 2007). Procedeu-se ainda à análise da fidelidade teste-reteste para a escala, tendo-se verificado que, ao longo de 7 meses, o COR-E apresentou uma boa estabilidade, com as correlações a variar entre os .48 e os .87 (Costa, 2007).

No que se refere à validade do construto na versão portuguesa da escala (McIntyre & Costa, 2002), a análise factorial indicou que os cinco factores explicam 71.77% da variância. Assim, foi possível verificar que a estrutura factorial de cinco factores corresponde às categorias propostas por Hobfoll e Schroder (2001). Não obstante, alguns itens da escala de *stress* condições domésticas não apresentaram cargas factoriais significativas no respectivo factor, da mesma forma que os itens do factor *stress* na saúde não demonstraram cargas factoriais significativas ( $p \geq .05$ ). Procedeu-se a uma nova análise factorial com a indicação de quatro factores, sendo que os itens da sub-escala de *stress* na saúde apresentaram cargas factoriais inferiores a .50, não representando um factor particular. A solução factorial de quatro factores explicou 69.36% da variância, o que indicou ser a mais adequada. A validade de construto foi também avaliada através de correlações entre as dimensões do COR-E, tendo-se verificado que estas possuem coeficientes de correlação elevados, que variam entre os .67 e os .90. Também foi avaliada a validade convergente da escala através do estudo de correlações com a depressão ( $r=.391$ ;  $p<.01$ ) e a perturbação de *stress* pós-traumático (PTSD) ( $r=.339$ ;  $p<.05$ ): quanto maior a perda de recursos maior a depressão e a sintomatologia de PTSD. Verifica-se assim, a associação esperada entre estas variáveis, o que apoia a validade convergente do COR-E (Costa, 2007).

Em suma, quer a versão portuguesa, quer as anteriores (em contexto norte-americano), sugerem que o COR-E é um instrumento válido ao nível da avaliação do *stress* ao nível da perda de recursos em mulheres em situação de risco.

### **Análise das Características Psicométricas do Questionário da Conservação de Recursos - COR (*Conservation of Resources-Evaluation Questionnaire*) (18 Itens) na Amostra em Estudo**

A versão utilizada neste estudo foi a traduzida e adaptada por McIntyre e Costa (2002), com o acréscimo das sub-escalas de *stress* parental e *stress* no trabalho que pertenciam à versão original de Hobfoll e Schroder (2001). Assim, originalmente, a versão usada com mulheres Moçambicanas ( $n=173$ ) incluiu 45 itens do Questionário de Conservação de Recursos (COR-E; Hobfoll, 2002), com sete sub-escalas: *stress* financeiro, *stress* com condições de alojamento/condições domésticas, *stress* com o tempo, *stress* relacionado com a saúde, *stress* social, *stress* com o trabalho, e *stress* parental. Após a análise descritiva dos itens na amostra em estudo e observada a baixa média dos mesmos, foram excluídas cinco sub-escalas na sua totalidade: *stress* parental, *stress* no trabalho, *stress* com o tempo, *stress* social e *stress* na saúde. No que se refere às sub-escalas *stress* parental, no trabalho e com o tempo, considera-se que os itens eliminados não são relevantes para a experiência destas mulheres, na medida em que a maioria da amostra não tem filhos (54.3%) e não possui uma actividade profissional (82.1%), o que também poderá estar associado à ausência de *stress* em relação a questões de tempo. Relativamente à baixa média encontrada no *stress* social e no *stress* na saúde, factos de desejabilidade social poderão estar a afectar as respostas a estes itens. Assim, a versão final do COR usada nesta investigação é constituída por 18 itens correspondentes a duas sub-escalas: *stress* financeiro, e *stress* relacionado com as condições domésticas.

Tal como na versão experimental portuguesa (McIntyre & Costa, 2002), o formato de resposta é uma escala *Likert* de 3 pontos (0 = *nenhuma ameaça ou perda*, 1 = *alguma ameaça ou perda*, e 2 = *muita ameaça ou perda*), havendo ainda uma categoria adicional (“*não se aplica*”), na eventualidade do item não ir ao encontro das condições de vida das mulheres participantes. A resposta a cada um dos itens do questionário pretende avaliar até que ponto as mulheres Moçambicanas questionadas vivem confrontadas com condições de *stress* que resultaram na perda de recursos, nos últimos três meses. Os valores mais elevados indicam maior *stress* por parte destas

mulheres. Considera-se importante salientar que os dados obtidos através das análises que se seguem, apenas constituem um estudo piloto das características psicométricas de duas escalas do COR na amostra em estudo. No entanto, considera-se que os dados apresentados poderão servir como referência para a utilização destas escalas para fins de investigação em contexto moçambicano. Os dados relativos às características psicométricas na amostra são referentes ao primeiro momento de avaliação (pré-teste; sem intervenção) e envolvem o total da amostra estudada ( $n=173$ ).

### Fidelidade

A fidelidade das duas escalas do COR (*stress* financeiro e *stress* relacionado com as condições domésticas) foi avaliada através do cálculo dos coeficientes alfa de *Cronbach* (consistência interna).

Como se pode observar no quadro 12, relativo às análises de consistência interna das sub-escalas, os coeficientes alfa de *Cronbach* foram os seguintes: .95 nos valores de *stress* financeiro, e .90 nos itens de *stress* relacionado com as condições domésticas/de alojamento. Em comparação com os resultados do estudo de McIntyre e Costa (2004; 2007), com mulheres portuguesas em risco sexual, os resultados são semelhantes e igualmente satisfatórios.

#### Quadro 12

*Resultados da análise de consistência interna das sub-escalas do COR-E: Stress Financeiro (9 itens) e Stress Relacionado com as Condições Domésticas (7 itens) (n=173)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Cronbach $\alpha$ se o item for eliminado
<b>Stress Financeiro</b>		
$\alpha = .95$		
(9 itens)		
1. Dinheiro para extras	.89	.94
2. Economias ou dinheiro de emergência	.92	.94
3. Rendimento adequado	.83	.95
4. Bens financeiros (poupança)	.89	.94
5. Dinheiro para transporte	.67	.95
6. Dinheiro para promoção pessoal	.71	.95

7. Ajuda financeira, se necessária	.70	.95
8. Crédito financeiro adequado	.87	.94
9. Estabilidade financeira	.84	.95
<b>Stress Condições Domésticas</b>		
$\alpha = .90$		
(7 itens)		
1. Transporte pessoal	.52	.90
2. Roupa adequada	.70	.88
3. Electrodomésticos necessários para a casa	.76	.87
4. Casa que satisfaça as suas necessidades	.81	.87
5. Alimentação adequada	.71	.88
6. Mobiliário de casa adequado	.80	.87
7. Oportunidade de formação na educação ou no trabalho	.59	.89

De acordo com os resultados obtidos, considera-se que a versão moçambicana do COR-E utilizada no presente estudo apresenta elevada consistência interna nas sub-escalas consideradas.

### Validade

Os resultados das correlações de *Spearman* entre as duas sub-escalas indicam que estas estão altamente correlacionadas, sugerindo um potencial factor comum subjacente ( $r=.780$ ;  $p<.01$ ) (quadro 13).

#### Quadro 13

*Coeficientes de correlação de Spearman entre COR-Total, Sub-escala Stress Financeiro e Sub-escala Stress com as Condições Domésticas (n=173)*

	Stress Condições Domésticas
Stress Financeiro	.780**

\*\*  $p<.01$

Em termos de validade convergente, é possível verificar que o COR se correlaciona significativa e negativamente com a SPS ( $r=-.262$ ;  $p<.01$ ) (Quadro 14).



Significa isto que quanto maior a percepção de perda de recursos, menor a percepção de suporte social.

#### Quadro 14

*Coeficientes de correlação de Spearman entre o COR e a SPS (n=173)*

	Total SPS
Total COR	-.262**

\*\* p< .01

Em suma, as análises ao nível da validade e da fidelidade produziram resultados semelhantes aos encontrados na versão portuguesa de McIntyre e Costa (2004; 2007). Os dados encontrados indicam que as duas sub-escalas utilizadas possuem boa consistência interna. Estes dados sugerem que o COR-E será uma boa fonte de referência para estudos similares em contexto africano.

#### **4.6.4. Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)**

A Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*: CES-D) foi criada, nos EUA, por Radloff (1977), com o objectivo de avaliar a sintomatologia depressiva na população em geral, colocando a sua tónica na componente afectiva (humor deprimido). Relativamente à sua base teórica, a CES-D é uma escala sintomática que não se enquadra totalmente em nenhuma teoria particular acerca da depressão. No entanto, tende a dirigir-se para uma perspectiva dimensional das perturbações depressivas, isto é, remete para a ideia de uma variação contínua entre o funcionamento normal e as formas de depressão mais graves (Gonçalves & Fagulha, 2003). É um instrumento de avaliação de auto-relato, breve e estruturado (Radloff, 1977). A CES-D tem sido amplamente divulgada e utilizada em vários estudos (Gonçalves & Fagulha, 2003).

Os 20 itens da CES-D resultaram de uma selecção de itens de outras escalas de depressão previamente validadas (e.g., Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; cit. in Radloff, 1977). No entanto, é necessário ter em atenção que, apesar destes sintomas poderem estar associados a situações de diagnóstico clínico de depressão, também podem verificar-se noutras patologias ou mesmo em quadros ditos normais. Na sua versão original, a escala integra as seguintes componentes: sentimentos de culpa e desvalorização, humor deprimido, sentimentos de desesperança, perda de apetite,

lentificação psicomotora e distúrbios de sono. Os itens têm um formato de resposta em escala de *Likert* de quatro pontos (e.g. “com que frequência é que se sentiu assim durante a última semana?”, sendo que na resposta “0” corresponde a “raramente ou nenhum tempo” e “3” a “sempre ou a maior parte do tempo”).

Relativamente às características psicométricas da CES-D, e, mais concretamente no que toca à validade de construto, estudos prévios referem que a análise factorial de componentes principais dos 20 itens foi efectuada em três grupos distintos: amostras populacionais de Kansas City e Washington County, e ainda pacientes psiquiátricos. Assim, nestas amostras, foram encontrados quatro factores, que explicam 48% da variância total. Procedeu-se a uma rotação *varimax* para os quatro factores da escala, tendo-se observado que o padrão de saturação era consistente nos três grupos em estudo. Os quatro factores resultantes são: afecto depressivo (tristeza, depressão, solidão, chorar), afecto positivo (bom, esperança, feliz, prazer), sintomas somáticos e actividade lentificada (incomodada/perturbada, apetite, esforço, sono, energia), e interpessoal (antipáticos, não gostar). De acordo com Radloff (1977), quando utilizada em investigação epidemiológica, é possível obter uma classificação total da escala que resulta como estimativa do grau de sintomatologia depressiva. O estudo original do instrumento assinala um ponto de corte de “16” para separar a população geral da população psiquiátrica.

Quanto à fidelidade da escala, no estudo de validação, esta demonstrou ter uma elevada consistência interna e fidelidade (Radloff, 1977). As medidas de consistência interna revelaram um elevado alfa para a população em geral (.85) e para a amostra clínica (.90). No decorrer do estudo de Hobfoll e colaboradores (1994), o valor de consistência interna da escala foi de .80.

Em Portugal, a CES-D tem vindo a ser utilizada em alguns estudos (e.g. Gonçalves & Fagulha, 2003; McIntyre & Costa, 2004; Costa, 2007). Os estudos de Gonçalves e Fagulha foram realizados entre 2000 e 2001 e tiveram como objectivo avaliar a consistência interna e características dos itens da escala. Na versão portuguesa, as respostas à escala são dadas numa escala de 4 pontos correspondentes à frequência de cada sintoma durante a última semana: “nunca”, “muito raramente”, “com muita frequência”, e “sempre”. As respostas são cotadas de 0 a 3 (havendo quatro itens com cotação inversa), tal como acontece na versão original. O total da escala corresponde à soma dos itens (Gonçalves & Fagulha, 2003). Concretamente, o primeiro estudo abordou uma amostra exclusiva de estudantes. Os dois estudos posteriores utilizaram

amostras de utentes de Centros de Saúde e população geral. Estes estudos avaliaram as correlações existentes com o Inventário de Beck e, ainda, a adequação da escala à população geral. Os valores de coeficientes de *Cronbach* encontrados foram de .92, .89 e .87, respectivamente. Em relação à validade de construto, a análise dos componentes principais demonstrou que estas versões portuguesas da escala possuem uma estrutura muito semelhante à encontrada nos estudos da versão original, com 4 factores (afecto depressivo, afecto positivo, sintomas somáticos e perturbação da actividade, e interpessoal). No entanto, a análise factorial confirmatória permitiu observar que estes factores estão fortemente correlacionados entre si, o que levou estes autores a considerarem que a aceitação de um único factor é igualmente adequada. Neste seguimento, quanto mais elevado for o resultado da escala, maior é a intensidade da sintomatologia depressiva. Relativamente à avaliação da validade convergente da escala, foi possível constatar que a sua correlação com o Inventário de Beck foi de .75 (Gonçalves & Fagulha, 2003).

Esta escala também foi utilizada por McIntyre e Costa (2004; 2007), em contexto português, no decorrer de uma investigação de promoção da saúde sexual e prevenção do VIH em mulheres jovens ( $n=200$ ). A adaptação do instrumento para este estudo efectuou-se de acordo com a escala original, dado que, até à fase da recolha de dados, a versão portuguesa de Gonçalves e Fagulha (2003) não se encontrava publicada (Costa, 2007). Na versão de McIntyre e Costa (2002; 2004), a escala possui 20 itens com quatro opções de resposta tipo *Likert* (0=“raramente ou nenhum tempo” a 3=“sempre ou a maior parte do tempo”), em que o sujeito define a frequência de cada um dos sintomas abordado na escala, no decorrer da última semana. O resultado final obtém-se através da soma das cotações dos itens. Quatro itens são cotados de forma invertida.

Em comparação com o estudo de Gonçalves e Fagulha (2003), McIntyre e Costa (2004) encontraram níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. Neste estudo, com mulheres jovens em risco para a infecção pelo VIH, o valor da média situou-se em 17.82 ( $DP=10.98$ ). Já no primeiro estudo de Gonçalves e Fagulha (2003), a média foi de 13.3 e o desvio padrão de 9.9. É de salientar que no estudo de McIntyre e Costa (2004), procedeu-se ao encaminhamento para consulta de Psicologia Clínica das participantes que obtiveram uma pontuação total superior ao ponto de corte (16).

Em termos de fidelidade, o coeficiente alfa de *Cronbach* encontrado na versão de McIntyre e Costa (2004) foi de .90, o que indica a existência de elevada consistência

interna na amostra em estudo. Relativamente às correlações dos itens com as respectivas sub-escalas, estas foram todas de valor igual ou superior a .40. Relativamente à validade do construto, esta foi analisada de acordo com o estudo original, recorrendo à análise factorial de componentes principais, seguida de rotação *varimax*. Após a extracção e rotação, quatro factores emergiram da análise do CES-D total, explicando 56.23% da variância dos resultados. A percentagem de variância explicada é maior do que no estudo da escala original (48% da variância explicada por quatro factores) (Costa, 2007).

Nesta investigação, as autoras também analisaram as correlações entre as sub-escalas do instrumento, e entre as sub-escalas e o total da escala. Assim, constatou-se que as correlações entre as sub-escalas e o total do CES-D variaram consideravelmente:  $r=.50$  para a sub-escala interpessoal,  $r=.92$  para a sub-escala afecto depressivo,  $r=.70$  para a sub-escala afecto positivo, e  $r=.87$  para a sub-escala sintomas somáticos). Entre si, as sub-escalas correlacionam-se positiva e significativamente (e.g.  $r=.55$ ;  $p<.01$  entre o afecto depressivo e o afecto positivo) (Costa, 2007).

McIntyre e Costa (2004; 2007) analisaram ainda a validade convergente da escala nesta amostra de mulheres portuguesas em risco sexual. Assim, realizaram correlações de *Pearson* com instrumentos que avaliam construtos associados: conservação de recursos, auto-estima, auto-eficácia e perturbação de stress pós-traumático. Os resultados encontrados foram no sentido esperado, observando-se uma correlação positiva entre a sintomatologia depressiva e os resultados da sintomatologia actual de stress pós-traumático ( $r=.415$ ;  $p<.01$ ); e uma correlação negativa entre a sintomatologia depressiva e as variáveis perda de recursos (COR-E), auto-estima e auto-eficácia ( $r=-.383$ ,  $p<.01$ ;  $r=-.571$ ,  $p<.01$ ;  $r=-.439$ ,  $p<.01$ ; respectivamente).

Pelos dados apresentados, podemos constatar que a versão portuguesa da CES-D apresenta boas características psicométricas numa população semelhante à do presente estudo. Além disso, trata-se de um instrumento de administração rápida e simples. A redacção dos itens e a forma de resposta são mais acessíveis do que a de outras escalas com o mesmo fim (e.g. Inventário de Beck). Estas características fazem com que a escala seja especialmente adequada para a utilização com populações de nível de instrução baixo (como é o caso da amostra de mulheres Moçambicanas em risco sexual) e facilitam a aplicação sob forma verbal (Gonçalves & Fagulha, 2003).

## **Análise das Características Psicométricas da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (C.E.S.-D.) na Amostra em Estudo**

A versão utilizada nesta investigação foi a portuguesa experimental de McIntyre e Costa (2002). Esta é constituída pelos 20 itens originais e o modo de resposta é através de uma escala tipo *Likert* com quatro opções de resposta, que definem a frequência de cada um dos sintomas (0=“raramente ou nenhum tempo” a 3=“sempre ou a maior parte do tempo”), na última semana. O resultado final obtém-se através da soma das cotações dos itens, tal como preconizado originalmente por Radloff (1977). É de salientar que este instrumento possui quatro itens invertidos em termos de cotação (“Senti que era tão boa como as outras pessoas”, “Senti-me esperançosa em relação ao futuro”, “Eu estava feliz”, e “Eu sentia prazer na vida”). No presente estudo, a escala é unidimensional, não possuindo sub-escalas, ao contrário do que se verifica na versão portuguesa de McIntyre e Costa (2002). Assim, o instrumento avalia o humor deprimido de forma global.

Na presente amostra de mulheres Moçambicanas ( $n=173$ ), a média situa-se em 15.55 ( $DP= 7.33$ ), o que revela um valor de sintomatologia depressiva inferior ao encontrado na amostra de mulheres portuguesas do estudo de McIntyre e Costa ( $M=17.82$ ;  $DP=10.98$ ).

### **Fidelidade**

Para avaliar a consistência interna da escala na amostra em estudo, foi calculado o alfa de *Cronbach* para o total da escala. Nesta amostra o alfa é de .78, sugerindo uma adequada consistência interna nesta população. Todos os itens se correlacionam acima de .28 com o total da escala. O quadro que se segue ilustra os resultados obtidos para cada item.

#### **Quadro 15**

*Resultados da análise de consistência interna dos valores da CES-D – 20 Itens ( $n=173$ )*

<b>Itens</b>	<b>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</b>	<b>Cronbach <math>\alpha</math> se o item for eliminado</b>
1. Fiquei incomodada com coisas que normalmente não me aborrecem.	.72	.74
2. Não me apeteceu comer; tinha pouco apetite.	.71	.75

3. Senti que não conseguia sair da tristeza mesmo com a ajuda da família e amigos.	.65	.75
4. Senti que era tão boa como as outras pessoas.	.36	.82
5. Tive dificuldade em manter a concentração no que estava a fazer.	.76	.74
6. Senti-me deprimida.	.80	.74
7. Senti que tudo aquilo que fazia era um esforço.	.74	.74
8. Senti-me esperançosa em relação ao futuro.	.55	.82
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso.	.61	.75
10. Senti-me com medo.	.79	.74
11. O meu sono era agitado.	.74	.74
12. Falei menos do que é habitual.	.54	.76
13. Eu estava feliz.	.80	.85
14. Senti-me só.	.72	.74
15. As pessoas foram antipáticas.	.28	.77
16. Eu senti prazer na vida.	.67	.84
17. Eu tive crises de choro.	.78	.74
18. Senti-me triste.	.79	.73
19. Senti que as pessoas não gostam de mim.	.56	.76
20. Não tinha energia.	.79	.74
<b>Alfa total da escala = .78</b>		

### Validade

A validade do construto também foi avaliada através de análise factorial. Os valores de KMO (.945) e TEB (282;  $p < .000$ ) confirmam os critérios psicométricos para a realização desta análise. Tal como já foi referido, na presente amostra, o instrumento não possui sub-escalas, avaliando o humor deprimido de forma global. Esta alteração deve-se ao facto de, após várias análises factoriais, verificar-se que os itens não se agrupam tal como preconizado por autores anteriores (e.g. Gonçalves & Fagulha, 2003; McIntyre & Costa, 2002; Radloff, 1977). Assim, a análise de componentes principais

com indicação prévia de 1 factor, revela que este explica 56.5% da variância. A carga factorial de cada item pode ser observada no quadro que segue.

#### Quadro 16

##### *Estrutura Factorial da CES-D – 20 Itens (n=173)*

Factor	Carga Factorial
<b>I</b>	
<b>Humor Deprimido</b>	
Eigenvalue: 11.3	
Variância explicada: 56.5%	
1. Fiquei incomodada com coisa que normalmente não me aborrecem.	.78
2. Não me apeteceu comer; tinha pouco apetite.	.79
3. Senti que não conseguia sair da tristeza mesmo com a ajuda da família e amigos.	.74
4. Senti que era tão boa como as outras pessoas.	.42
5. Tive dificuldade em manter a concentração no que estava a fazer.	.80
6. Senti-me deprimida.	.86
7. Senti que tudo aquilo que fazia era um esforço.	.80
8. Senti-me esperançosa em relação ao futuro.	.65
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso.	.74
10. Senti-me com medo.	.82
11. O meu sono era agitado.	.79
12. Falei menos do que é habitual.	.68
13. Eu estava feliz.	.85
14. Senti-me só.	.80
15. As pessoas foram antipáticas.	.34
16. Eu senti prazer na vida.	.76
17. Eu tive crises de choro.	.85
18. Senti-me triste.	.86
19. Senti que as pessoas não gostam de mim.	.62
20. Não tinha energia.	.84

Em suma, os resultados ao nível da validade e fidelidade da CES-D são adequados, o que permite a utilização do instrumento na amostra em estudo.

#### 4.6.5. Escala de Auto-Eficácia Geral (General Self-Efficacy Scale - GSES)

O conceito de auto-eficácia é definido como uma dimensão estável de competências pessoais, no sentido de se ser capaz de lidar eficazmente com uma diversidade de situações stressantes (Schwarzer & Scholz, 2000, cit. por Schwarzer & Jerusalem, 2000). Ou seja, pode ser entendida como uma crença global e estável de se ser capaz de controlar determinados desafios ambientais (Schwarzer & Jerusalem, 2000). A *General Self-Efficacy Scale* (GSES) de Schwarzer e Jerusalem (2000) pretende avaliar este construto.

A primeira versão da GSES foi desenvolvida em 1981, na Alemanha, por Mathias Jerusalem e Ralf Schwarzer. Nesta altura, a escala tinha 20 itens. Mais tarde, o instrumento foi reduzido para uma versão de 10 itens (Schwarzer & Jerusalem, 1995; cit. por Costa, 2007). Neste momento, é um instrumento muito utilizado e traduzido para várias línguas. Em termos de procedimentos de resposta, esta pode ser auto-administrada e é de preenchimento breve. As respostas são dadas numa escala de *Likert* de 4 pontos, que varia entre “baixo”(1) e elevado (4). O total da escala resulta da soma dos valores de todos os itens. São exemplos de itens da escala aqueles que se seguem: “acredito que posso lidar eficazmente com acontecimentos imprevisíveis” e “consigo sempre resolver problemas difíceis se tentar”.

Relativamente à fidelidade da escala, os coeficientes encontrados por Schwarzer e Scholz (2000) revelam uma elevada consistência interna deste instrumento. Os autores apresentam os resultados de vários estudos longitudinais desde a criação da escala. Os valores de consistência interna destes estudos variam entre alfas de .75 e .91, obtendo uma fidelidade teste-reteste, no período de um ano, entre .55 e .75., reportando igualmente a validade de construto em diferentes culturas (Schwarzer & Scholz, 2000). Neste seguimento, apresentam-se os resultados da GSES, num estudo desenvolvido com uma amostra de 140 professores alemães, onde foi encontrado um coeficiente de fidelidade de  $r=.75$ . Um outro estudo alemão, desenvolvido com 2.846 estudantes que preencheram a escala em dois tempos de avaliação (seguimento de um ano), revelou uma fidelidade da escala de teste-reteste de  $r=.55$ . Um outro estudo, desenvolvido por Schwarzer, BaBler, Kwiatek, Schroder e Zang (1997), avaliou e comparou as propriedades psicométricas de várias versões da escala (inglesa, espanhola e chinesa). Os resultados deste estudo demonstraram que a consistência interna de *Cronbach* mais satisfatória foi a da amostra chinesa (.91), seguindo-se a amostra alemã (.84) e, finalmente, a espanhola (.81). Ainda no âmbito da fidelidade da escala, apresentam-se



os resultados de um estudo desenvolvido por Schwarzer e Scholz (2000, cit. por Costa, 2007), com uma amostra de 246 pacientes encaminhados para cirurgia cardíaca. Os resultados desta investigação, com avaliações antes da cirurgia e após alguns meses da cirurgia, revelaram que a fidelidade teste-reteste foi de  $r=.67$ .

Quanto à validade de construto da escala, a GSES é unidimensional (Schwarzer et al., 1997). Neste âmbito, Schwarzer e Scholz (2000) avaliaram as propriedades psicométricas da GSES, traduzida em 19 línguas. O objectivo deste estudo foi o de averiguar se a escala era homogénea e de confiança. Assim, definiram a consistência interna, a unidimensionalidade, e a correlação entre os itens. A amostra foi constituída por 17.553 sujeitos, de 22 nacionalidades diferentes, de ambos os sexos (6.678 homens, 8.613 mulheres e alguns participantes que não referiram o género). A análise de componentes principais destes dados confirmou a unidimensionalidade da escala (Schwarzer & Scholz, 2000; cit. por Costa, 2007). Um outro estudo desenvolvido com três versões da escala em línguas diferentes ( $n=1682$ ) confirmou a existência de um único factor geral, que explicou 41% da variância total na amostra alemã, 39% na amostra espanhola, e 55% na amostra chinesa (Schwarzer et al., 1997; cit. por Costa, 2007).

Schwarzer, BaBler, Kwiatek, Schrodere e Zang (1997) também avaliaram a validade convergente da escala, tendo observado que, na amostra alemã, a auto-eficácia, avaliada pela GSES encontrava-se negativamente correlacionada com a depressão ( $r=-.52$ ) e com a ansiedade ( $r=-.60$ ), e positivamente correlacionada com o optimismo ( $r=.55$ ). Estes resultados são consistentes com a literatura, visto que variáveis como a depressão e a ansiedade (enquanto traços emocionais negativos) devem estar negativamente associadas com a auto-eficácia (Costa, 2007).

A auto-eficácia é frequentemente percebida como estando adjacente a variados domínios (Schwarzer et al., 1997; cit. por Costa, 2007). Ou seja, podemos ter diferentes crenças em situações particulares ou contextos concretos de funcionamento. Assim, o inventário não pode ser considerado como um substituto de avaliação de domínios específicos da auto-eficácia, sendo necessário administrar outras escalas que explorem áreas diversas do funcionamento para além da auto-eficácia geral (Costa, 2007). Por exemplo, no caso particular do presente estudo, que incide sobre o aumento de competências psicossociais para o sexo seguro, para além de se avaliar a auto-eficácia geral, avaliou-se a auto-eficácia para a negociação do preservativo especificamente.

Em contexto português, a GSES foi utilizada experimentalmente por McIntyre e Costa (2004), numa amostra de mulheres em risco sexual ( $n=200$ ). Esta versão da escala é constituída pelos 10 itens originais da mesma. No entanto, as autoras reformularam o método de cotação de uma escala de quatro pontos para uma mais extensa de sete pontos, variando de 1 (Falso) a 7 (Verdadeiro) (de acordo com a versão utilizada por Hobfoll no *Womens's Health Study Questionnaire*). Neste estudo, em termos de consistência interna da escala, a análise das correlações demonstra que todos os itens apresentam correlações acima de .42 com o total da escala (variando entre .42 e .67). No que se refere ao coeficiente de fidelidade para o total da escala, este é de .84, o que demonstra a existência de uma elevada consistência interna do instrumento nesta amostra. Relativamente à validade de construto, esta foi analisada através de análise factorial exploratória com a extracção de um factor. Assim, foi possível constatar que se mantiveram todos os itens, visto que as saturações são superiores a .48 (variando entre .48 e .79), confirmando-se a unidimensionalidade da escala. Com o objectivo de avaliar a validade convergente da escala, McIntyre e Costa (2004; 2007) correlacionaram a GSES com o CES-D (total), a auto-estima, o suporte social e a escala de perturbação de stress pós-traumático (PSS-R, total). Os resultados desta análise revelaram que a auto-eficácia geral se correlaciona positiva e significativamente com a auto-estima e com o suporte social ( $r=.57$  e  $r=.30$ , respectivamente). Em relação às correlações entre a GSES, o CES-D e o PSS-R total, estas correlacionam-se negativa e significativamente entre si ( $r=-.50$  e  $r=-.17$ , respectivamente), revelando o esperado, ou seja, quanto maior a sintomatologia de stress traumático e depressão, menor a auto-eficácia (Costa, 2007). Em suma, a análise das propriedades psicométricas do GSES nesta amostra de mulheres jovens em risco sexual para o VIH, revela uma boa fidelidade da escala. Também o estudo da validade de construto confirma a unidimensionalidade do instrumento, tal como ditado pelos seus autores (Costa, 2007).

### **Análise das Características Psicométricas da Escala de Auto-Eficácia Geral (*General Self-Efficacy Scale* - GSES) na Amostra em Estudo**

A versão da Escala de Auto-Eficácia Geral (GSES) utilizada na presente investigação foi a experimental de McIntyre e Costa (2002). Procedeu-se à avaliação da fidelidade e validade, tal como efectuado em estudos anteriores (e.g. Hobfoll, 2002; McIntyre & Costa, 2002). Nesta investigação foram utilizados os dados obtidos no 1º momento de avaliação (pré-teste) ( $n=173$ ).

## Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna da escala foi calculado o alfa de *Cronbach* para o total da escala, tal como efectuado pelos autores da escala original e por McIntyre e Costa (2004; 2007). No quadro que se segue é apresentado o coeficiente de consistência interna de *Cronbach* dos valores da GSES para o total da escala.

### Quadro 17

#### *Resultados da análise de consistência interna da GSES - 10 Itens (n=173)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Cronbach $\alpha$ se o item for eliminado
1. Consigo sempre resolver problemas difíceis se tentar.	.93	.98
2. Se alguém se opuser, posso encontrar os meios e formas de conseguir o que quero.	.90	.98
3. É difícil permanecer com os meus objectivos e alcançar as metas.	.84	.98
4. Acredito que posso lidar eficazmente com acontecimentos imprevisíveis.	.94	.98
5. Graças aos meus recursos, sei como lidar com situações imprevisíveis.	.93	.98
6. Posso resolver a maioria dos problemas se investir o esforço necessário.	.95	.98
7. Posso permanecer tranquila perante dificuldades porque confio nas minhas capacidades.	.93	.98
8. Quando sou confrontada com um problema, muitas vezes NÃO consigo encontrar uma solução.	.89	.98
9. Se estiver com um problema, geralmente consigo pensar numa solução.	.94	.98

10. Muitas vezes NÃO consigo lidar com os problemas.	.86	.98
<b>Alfa total da escala = .98</b>		

A análise das correlações para a GSES revela que todos os itens apresentam elevadas correlações (acima de .84) com o total da escala, variando dos .84 aos .95. O coeficiente de fidelidade para o total da escala é de .98, o que revela uma consistência interna elevada do instrumento. Este valor é elevado e semelhante ao encontrado noutros estudos (Schwarzer & Scholz, 2000; Schwarzer, BaBler, Kwiatek, Schroder, & Zang, 1997: variaram entre alfa de .75 e .91; McIntyre & Costa, 2004; Costa, 2007: .84).

### Validade

A validade do constructo foi avaliada através de análise factorial exploratória, tal como se pode observar no quadro seguinte.

#### Quadro 18

##### *Estrutura factorial da GSES - 10 Itens (n=173)*

Factor	Carga factorial
<b>I</b>	
<b>Auto-eficácia Geral</b>	
Eigenvalue: 8.6	
Variância explicada: 86.3%	
1. Consigo sempre resolver problemas difíceis se tentar.	.95
2. Se alguém se opuser, posso encontrar os meios e formas de conseguir o que quero.	.92
3. É difícil permanecer com os meus objectivos e alcançar metas.	.86
4. Acredito que posso lidar eficazmente com acontecimentos imprevisíveis.	.95
5. Graças aos meus recursos, sei como lidar com situações imprevisíveis.	.95
6. Posso resolver a maioria dos problemas se investir o esforço necessário.	.96
7. Posso permanecer tranquila perante dificuldades porque confio nas minhas capacidades.	.95
8. Quando sou confrontada com um problema, muitas vezes NÃO consigo encontrar uma solução.	.90
9. Se estiver com um problema, geralmente consigo pensar numa solução.	.96
10. Muitas vezes NÃO consigo lidar com os problemas	.88

A análise factorial da escala confirmou a sua unidimensionalidade, explicando 86.3% da variância. As saturações variam entre .86 e .96.

No sentido de estudar a validade convergente do instrumento, analisou-se as correlações entre a GSES – Total e a Escala de Auto-Eficácia para a Negociação do Preservativo (SE-AIDS), assim como, a utilização efectiva do preservativo no decorrer das últimas quatro relações sexuais (variável comportamental). Os resultados desta análise observam-se no quadro que se segue.

#### Quadro 19

*Coefficientes de correlação de Spearman entre a GSES-Total, a SE-AIDS-Total e 1 item (uso preservativo nos últimos 4 actos sexuais) do Questionário de Comportamento Sexual Actual (Variável Comportamental) (n=173)*

	Total SE-AIDS	Utilização Preservativo
Total GSES	.551**	.438**

\*\* p< .01

Observa-se uma correlação positiva e significativa entre a GSES e a SE-AIDS ( $r=.551$ ;  $p< .01$ ), e entre a GSES e o Questionário de Comportamento Sexual Actual ( $r=.438$ ;  $p< .01$ ). Estes resultados vão de encontro ao que nos dita a literatura científica: quanto maior é o nível de auto-eficácia geral, maior é o nível de auto-eficácia para o uso do preservativo e o uso efectivo do preservativo (e.g. O'Leary et. al, 2008; Longshore, et. al, 2006).

A estabilidade temporal da escala também foi estudada na presente investigação. Assim, procedeu-se a análises correlacionais entre os diferentes momentos de avaliação (pré-teste, pós-teste, seguimento 1, e seguimento 2) no Grupo de Controlo, tal como se pode observar no quadro seguinte. Os resultados desta análise demonstram que a GSES apresenta uma boa estabilidade, com as correlações a variar entre os .61 e os .78.

#### Quadro 20

*Resultados relativos à Fidelidade teste-reteste da GSES (n=57)*

	Pós-teste (1 semana)	Seguimento 1 (1 mês)	Seguimento 2 (3 meses)
Pré-teste	.775**	.650**	.613**

\*\*  $p \leq .01$

Concluindo, a análise das propriedades psicométricas revelam que a escala possui uma boa fidelidade nesta amostra. Adicionalmente, a validade de construto confirma a unidimensionalidade da escala, tal como teorizado pelos autores e confirmado por outros estudos (e.g. McIntyre & Costa, 2004; Costa, 2007). Estes resultados são pertinentes para a utilização da escala em amostras Moçambicanas semelhantes.

#### **4.6.6. Escala de Suporte Social (S.P.S.)**

A primeira versão da Escala de Suporte Social (SPS) surgiu em 1978. Teoricamente, esta escala baseia-se no modelo de Provisões Sociais de Weiss (1974) (Cutrona & Russell, 1987). De acordo com este modelo, existem seis funções sociais diferentes, que advêm da relação com as outras pessoas, permitindo perceber o processo pelo qual as relações interpessoais potencializam o bem-estar em situações stressantes. Estas dividem-se em duas categorias distintas: funções de assistência e funções de não assistência. As primeiras relacionam-se com a resolução de problemas em circunstâncias de *stress*, e baseiam-se em (1) orientação (conselhos ou informação - fontes potenciais: professores, mentores ou figuras parentais) e em (2) relações de confiança (a certeza de que podemos contar com os outros em caso de necessidade, providenciadas pelos membros da família). As segundas, as funções de não assistência, não contribuem directamente para a resolução de problemas e são avaliadas através de processos cognitivos. Estas consistem em (1) reconhecimento (reconhecimento de competências, capacidades e valor por parte dos outros), (2) oportunidades para ser cuidador (sentimento de que as outras pessoas confiam em nós para receber carinho, desenvolvida essencialmente junto dos filhos/esposa), (3) vinculação (proximidade emocional de onde advém a sensação de segurança, normalmente, fruto de relação marital, com familiares próximos e com os amigos íntimos), e (4) integração social (sensação de pertença a um grupo que partilha interesses, preocupações e actividades recreativas, sendo, normalmente, os amigos).

A primeira versão da escala, datada de 1978, era constituída por doze afirmações, que correspondiam a duas frases de cada uma das funções sociais anteriormente descritas. Uma das afirmações era apresentada na forma afirmativa e a outra na forma negativa (e.g. para a vinculação: “as relações que tenho com os outros proporcionam uma sensação de segurança emocional” (positiva), e “sinto falta de proximidade emocional com os outros” (negativa). Assim, os sujeitos teriam que

escolher qual a amplitude em que cada frase se adequava aos seus relacionamentos interpessoais (Costa, 2007). Russel (1984; cit. por Cutrona & Russell, 1987) realizou um estudo que demonstrou que a SPS possuía validade na avaliação de propriedades significativas das relações interpessoais. O autor estudou a associação entre as medidas dos relacionamentos interpessoais do indivíduo e cada uma das provisões sociais, obtendo resultados que vão de encontro com o que preconiza Weiss. Por exemplo, a oportunidade para ser cuidador revelou uma relação mais forte com a satisfação com os relacionamentos íntimos (românticos;  $\beta=.381$ ,  $p<.001$ ), e com a satisfação nas relações familiares ( $\beta=.139$ ,  $p<.01$ ). Posteriormente, os autores acrescentaram doze itens à escala, 2 itens (um positivo e um negativo) para cada uma das seis provisões/suportes sociais. Nesta reformulação do instrumentos, os autores, também alteraram o modo de resposta, para uma escala simplificada de quatro pontos. Com a finalidade de avaliar a consistência interna da escala, Russell e Cutrona (1987) desenvolveram uma investigação que incluiu 1.792 sujeitos. Assim, os resultados deste estudo revelaram um alfa de .92 para a escala total e valores entre .65 e .76 para as sub-escalas.

Com o objectivo de estudar a estrutura factorial do instrumento, os autores (Russell & Cutrona, 1987), realizaram uma análise factorial confirmatória das respostas ao instrumento, com a amostra supracitada. Os resultados das análises factoriais sugeriram que as medidas de suporte social formam factores separados mas fortemente correlacionados. Foi possível constatar que as correlações entre as provisões sociais parecem representar a influência de um factor geral ou global de suporte social. No entanto, as provisões individuais também parecem reflectir aspectos distintos do suporte social. Considerando todas as análises factoriais realizadas, é possível concluir que a SPS avalia os componentes específicos do suporte social, mas também o nível global de suporte disponível para o sujeito.

Russel e Cutrona (1987) também desenvolveram um estudo com o intuito de avaliar a validade discriminante do instrumento. Assim, realizaram uma investigação com alunos de Psicologia ( $n=242$ ), onde estes, para além da escala de suporte social, preencheram também uma bateria de testes, composta por outros questionários de suporte social (e.g., *Social Support Questionnaire*; Sarason et al., 1983), um inventário de desejabilidade social (*Marlowe-Crowne Social Desirability Inventory*; Crowne & Marlowe, 1964), um inventário de estado de ânimo (*Beck Depression Inventory*; Beck et al., 1961) e um inventário de introversão-extroversão e neuroticismo (*Eysenck*

*Personality Inventory*; Eysenck & Eysenck, 1975). Os resultados deste estudo demonstraram que as correlações entre os resultados da SPS e as outras medidas de suporte social eram no geral mais elevadas (e.g. satisfação com o suporte social,  $r=.35$ ,  $p<.001$ ; atitudes face ao suporte,  $r=.46$ ,  $p<.001$ ) do que as correlações com as medidas de outras variáveis (depressão,  $r=-.28$ ,  $p<.001$ ; neuroticismo,  $r=-.20$ ,  $p<.01$ ). Estes resultados apoiam a validade convergente e divergente desta escala.

Em Portugal, esta escala foi utilizada por McIntyre e Costa (2004; 2007) num estudo de prevenção do VIH em mulheres em risco. Esta versão da escala corresponde a 10 itens que incluem as sub-escalas seleccionadas por Hobfoll no *Women's Health Study Questionnaire* (2002). Estes 10 itens avaliaram as relações das mulheres estudadas ( $n=200$ ) com os amigos e/ou família. As afirmações são avaliadas numa escala de *Likert* com quatro possibilidades de resposta: “Não”, “Às vezes”, “Sim” ou “Incerteza”. Alguns dos itens desta versão da escala são os que se seguem: “Pode contar com outras pessoas para a ajudarem se precisar?”, ou “Sente que os outros não partilham os seus interesses e preocupações?”. Em termos de fidelidade, nesta versão de McIntyre e Costa (2004; 2007) obteve-se um valor de alfa adequado de .72, o que se traduz numa boa consistência interna do instrumento nesta amostra. Apenas um dos itens (“Existem outras pessoas que gostam das mesmas actividades sociais que você gosta?”) demonstrou ter uma baixa correlação com o total da escala ( $<.20$ ). No entanto, este não foi eliminado, dado ter-se observado que isso não implicaria uma consistência interna mais elevada do que a já estabelecida. No que se refere à validade do construto, esta foi estudada através da análise factorial das componentes principais. Nesta amostra, a análise factorial sugeriu que 1 factor que explica apenas 28.89% da variância total (*eigenvalue* de 2.89). Os resultados desta análise demonstram que os 10 itens da versão adaptada por Hobfoll (2002) não reproduziram o modelo original, nesta amostra. Foram ensaiadas soluções de dois e três factores que explicavam muito maior variância nos resultados (dois factores: 38.75%; três factores: 51.15%). Como não se constituiu como objectivo deste estudo validar a escala, as autoras optaram por utilizar o valor global, uma vez que a consistência interna da mesma é adequada. A quase totalidade dos itens apresenta uma carga factorial igual ou superior a .50 no factor 1. A validade convergente da escala foi avaliada através de correlações com outros instrumentos. Assim, tal como previsto, as correlações entre a SPS e a escala de depressão revelam que estas se correlacionam negativa e significativamente ( $r=-.30$ ;  $p<.01$ ). Os coeficientes de correlação entre a SPS e a escala de auto-estima indicam que estas se



correlacionam positiva e significativamente entre si ( $r=.394$ ;  $p<.01$ ). Em suma, a avaliação das propriedades psicométricas desta escala, revela uma adequada fidelidade nesta amostra de mulheres jovens em risco sexual. O estudo de validade questiona a possibilidade de um factor de segunda ordem ou geral, que avalia o suporte social global disponível, tal como teorizado pelos autores e sugere uma estrutura multidimensional. É necessário replicar estas análises noutras amostras para uma validação definitiva da escala em contexto português (Costa, 2007).

### **Análise das Características Psicométricas da Escala de Suporte Social (S.P.S.) na Amostra em Estudo**

Na presente investigação utilizou-se a versão portuguesa de McIntyre e Costa (2002) da SPS. No entanto, aqui, a escala, que na versão portuguesa possui 10 itens, foi reduzida a quatro, devido à baixa variabilidade de resposta nos restantes itens. O instrumento é respondido numa escala tipo *Likert* (“Não”, “Às vezes”, “Sim” e “Incerteza”). Na presente versão, dois itens encontram-se num sentido positivo (“as relações que tem com os outros proporcionam uma sensação de segurança emocional?” e “sente que as suas capacidades e competências são reconhecidas pelos outros?”) e outros dois no sentido negativo (“sente que os outros não partilham os seus interesses e preocupações?” e “sente que lhe falta proximidade emocional com os outros?”).

A validade e fidelidade da escala foram avaliadas recorrendo aos dados do primeiro momento de avaliação (pré-teste).

#### **Fidelidade**

Os resultados do estudo de fidelidade encontram-se descritos no quadro que se segue.

#### **Quadro 21**

##### *Resultados das análises de consistência interna da SPS – 4 Itens (n=173)*

<b>Itens</b>	<b>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</b>	<b>Cronbach <math>\alpha</math> se o item for eliminado</b>
1.As relações que tem com outros proporcionam uma sensação de segurança emocional?	.53	.30

2. Sente que as suas capacidades e competências são reconhecidas pelos outros?	.50	.34
3. Sente que os outros não partilham os seus interesses e preocupações?	.17	.61
4. Sente que lhe falta proximidade emocional com os outros?	.33	.56
<b>Alfa total da escala = .56</b>		

A análise dos dados apresentados no quadro anterior permite constatar que as correlações dos itens com o total da escala variam entre .17 e .53, e que o alfa de *Cronbach* para o total da escala é de .56. Estes valores são baixos, o que indica que os resultados relativos a esta variável têm que ser interpretados com cuidado. Optou-se por incluir esta escala, apesar da sua baixa fidelidade, porque o suporte social é uma variável de elevada pertinência para o estudo em questão.

### Validade

Nesta investigação foi avaliada a validade convergente da SPS. Assim, e tal como é possível observar-se no quadro que se segue, os resultados encontrados vão de encontro ao esperado: a SPS e as escalas COR-E e CES-D correlacionam-se negativa e significativamente ( $r=-.262$ ,  $p<.01$  para a percepção de perda de recursos;  $r=-.166$ ,  $p<.05$  para a depressão), e a SPS e a GSES correlacionam-se positiva e significativamente ( $r=.377$ ,  $p<.01$ ).

### Quadro 22

*Coefficientes de correlação de Spearman entre os totais da SPS, do COR, da CES-D e da GSES (n=173)*

	SPS (Suporte Social)
Percepção Perda de Recursos (COR)	-. 262**
Humor Deprimido (CES-D)	-. 166*
Auto-Eficácia Geral (GSES)	.377**

\*  $p<.05$

\*\*  $p<.01$

Os dados indicam que quanto maior é a percepção de suporte social, menor a percepção de perda de recursos e de humor deprimido. Por outro lado, quanto maior a percepção de suporte social, maior a auto-eficácia geral.

Em suma, a análise das características psicométricas da SPS revela alguns problemas ao nível da fidelidade, embora os dados de validade encontrados sejam satisfatórios. Provavelmente, o facto de haver baixa variância em alguns dos itens poderá ter afectado estes resultados. Será necessário validar esta escala na sua totalidade em estudos futuros, no contexto moçambicano.

#### **4.6.7. Escala de Conhecimento sobre a Transmissão e Prevenção do VIH (ECTP/VIH)**

A Escala de Conhecimento sobre a Transmissão e Prevenção do VIH (ECTP/VIH) é um instrumento que avalia os conhecimentos (transmissão e prevenção) face ao VIH. Os conhecimentos acerca da transmissão são avaliados por oito itens (e.g. “uma pessoa pode contrair o VIH/SIDA ao trabalhar próximo de alguém com o VIH/SIDA?”), e os conhecimentos acerca da prevenção são avaliados através de seis itens (e.g. “não ter quaisquer relações sexuais é um método eficaz para evitar SIDA”). As respostas dos sujeitos são codificadas numa escala de três pontos (1= resposta errada; 2= resposta correcta e 3= não sei). O total da escala é calculado através da percentagem de respostas correctas, dando, assim, um indicador geral do conhecimento do risco face ao VIH/SIDA (Hobfoll et al., 1993; Hobfoll et al., 2002).

Esta escala tem vindo a ser utilizada em diferentes versões, em vários estudos de Hobfoll e colaboradores (e.g. Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1994; Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1993; Hobfoll & Schroder, 2001; Schroder, Hobfoll, Jackson & Lavin, 2001). A título de exemplo, podemos referir a versão utilizada por Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton e Sheperd (1994), em que aplicaram outro formato ao tipo de resposta. As 14 questões desta versão foram respondidas numa escala *Likert* de 4 pontos (1 = muito provável a 4 = pouco provável), de acordo com a crença acerca da possibilidade de serem infectados através dos diferentes tipos de exposição ao risco. Também aqui, o total da escala resultou da percentagem de itens com respostas correctas. Num outro estudo Hobfoll e Schroder (2001) avaliaram os conhecimentos acerca da SIDA com o mesmo questionário e de acordo com o mesmo método de resposta. No entanto, para este estudo, os autores, calcularam os resultados dividindo o número de respostas correctas pelo número de questões relacionadas e

multiplicando o quociente de resultado por 100 (percentagem correcta). Em Portugal, a versão utilizada por McIntyre e Costa (2004) foi adaptada da versão de Schroder, Hobfoll, Jackson e Lavin (2001).

E termos de fidelidade, é difícil apresentar dados muito concretos acerca deste instrumento, uma vez que os autores têm vindo a utilizar diferentes versões da escala e não têm analisado de forma sistemática as propriedades psicométricas da mesma (Costa, 2007). Neste âmbito, Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton e Sheperd (1993), realizaram uma investigação com população exclusivamente feminina ( $n=289$ ), onde se avaliou o conhecimento sexual seguro, o comportamento e as atitudes da amostra. Nesta amostra, a fidelidade para a escala de conhecimento de transmissão foi de .76, e a fidelidade teste-reteste foi de .49. Na escala de conhecimento de prevenção, a fidelidade foi de .64 e a fidelidade teste-reteste foi de .57. No que se refere à validade de construto, Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton e Sheperd (1994) referem que as duas dimensões de conhecimento (transmissão e prevenção) foram construídas de modo a formarem duas sub-escalas distintas. No entanto, são da opinião de que a forte associação que encontraram entre ambas os levou a considerarem uma só escala. Não obstante, os autores não apresentam análises factoriais dos itens que confirmem a uni ou bidimensionalidade do construto (Costa, 2007).

Em contexto português, numa investigação com uma amostra de mulheres jovens em risco sexual ( $n=200$ ), McIntyre e Costa (2004; 2007) procederam à avaliação das qualidades psicométricas duma versão experimental portuguesa do instrumento (McIntyre & Costa, 2002). Esta versão é constituída pelos 14 itens da escala original de Hobfoll e colaboradores (1993, 2002) (8 para a escala de conhecimento face ao risco/transmissão do VIH e 6 para a escala de conhecimento de prevenção face ao VIH) (Costa, 2007). Em termos de consistência interna, foi calculado o alfa de *Cronbach* quer para o total da escala, quer para as duas sub-escalas (contágio e prevenção). A análise da consistência interna revelou que o coeficiente alfa para o total da escala é elevado (.89). O coeficiente de fidelidade para a escala de conhecimento sobre a transmissão do VIH foi de .82, e para a escala de conhecimento sobre a prevenção do VIH foi de .83, o que revela uma elevada consistência interna das sub-escalas. Neste estudo, as autoras (McIntyre & Costa, 2004; 2007) também submeteram os itens do instrumento a uma análise de componentes principais. Neste seguimento, foi possível observar dois factores com *eigenvalues* superiores a 1, explicando 35.82% da variância. Em suma, as autoras desta versão portuguesa da escala (McIntyre & Costa, 2004; 2007) são da

opinião de que os dados supracitados acerca das características psicométricas do instrumento, embora não conclusivos, representam uma boa fonte de referência para estudos posteriores a realizar com a escala no âmbito da prevenção do VIH/SIDA.

### **Análise das Características Psicométricas da Escala de Conhecimento sobre a Transmissão e Prevenção do VIH (ECTP/VIH) na Amostra em Estudo**

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas da ECTP/VIH na amostra de mulheres Moçambicanas em risco para a infecção pelo VIH, foi utilizada a versão portuguesa do instrumento (McIntyre & Costa, 2002). Esta versão é constituída pelos mesmos 14 itens que compõem a versão original de Hobfoll e colaboradores (1993; 2002): 8 itens da sub-escala de conhecimento relativamente ao risco de infecção pelo VIH, e 6 da sub-escala de conhecimento em relação à prevenção. Mais uma vez, os dados relativos às características psicométricas resultam do primeiro momento de avaliação (pré-teste).

#### **Fidelidade**

A consistência interna desta escala foi avaliada através do alfa de *Cronbach* para o total da escala e para as suas sub-escalas, separadamente. Os resultados destas análises encontram-se descritos nos quadros que se seguem.

#### **Quadro 23**

*Resultados da análise de consistência interna da ECTP/VIH–Total, 14 Itens (n=173)*

<b>Itens</b>	<b>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</b>	<b>Cronbach <math>\alpha</math> se o item for eliminado</b>
<b>Uma pessoa pode contrair VIH/SIDA ao...</b>		
1. trabalhar próximo de alguém com o VIH/SIDA?	.52	.80
2. comer num restaurante em que o cozinheiro tem o VIH/SIDA?	.57	.80
3. apertar a mão, tocar ou beijar alguém na face que tem o VIH/SIDA?	.50	.80
4. partilhar pratos, garfos ou copos com alguém que tem o VIH/SIDA?	.65	.79

5. usar casas de banho públicas?	.51	.80
6. partilhar seringas para o uso de drogas com alguém que tem o VIH/SIDA?	.17	.82
7. apanhar com a tosse ou o espirro de alguém que tem o VIH/SIDA?	.52	.80
8. através de mosquito ou outros insectos infectados pelo VIH/SIDA?	.52	.80
9. Não ter quaisquer relações sexuais é um método eficaz para prevenir a SIDA.	.32	.81
10. Usar preservativo é um método eficaz para evitar a SIDA.	.08	.82
11. Usar um diafragma é um método eficaz para evitar a SIDA.	.56	.80
12. Usar apenas um gel, espuma ou creme espermicida é um método eficaz para evitar SIDA.	.45	.81
13. O coito interrompido é um método eficaz para evitar SIDA.	.51	.80
14. Ter relações sexuais com apenas um parceiro que não tem o VIH é um método eficaz.	.21	.82
<b>Alfa total da escala = .82</b>		

A análise da consistência interna para a ECTP/VIH demonstra que esta possui um coeficiente alfa elevado (.82), embora mais baixo do que os encontrados na versão de McIntyre e Costa (.89). Na presente amostra, a maioria dos itens tem correlações superiores a .20 com o total da escala, à excepção dos itens 6 e 10. Estes não foram eliminados porque a sua retirada não influenciaria positivamente o valor do coeficiente alfa do instrumento.

Quadro 24

*Resultados da análise de consistência interna da Sub-Escala de Conhecimento sobre a Transmissão/Contágio do VIH – 8 Itens (n=173)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Cronbach $\alpha$ se o item for eliminado
<b>Uma pessoa pode contrair VIH/SIDA ao...</b>		
1. trabalhar próximo de alguém com o VIH/SIDA?	.59	.76
2. comer num restaurante em que o cozinheiro tem o VIH/SIDA?	.59	.76
3. apertar a mão, tocar ou beijar alguém na face que tem o VIH/SIDA?	.58	.77
4. partilhar pratos, garfos ou copos com alguém que tem o VIH/SIDA?	.72	.74
5. usar casas de banho públicas?	.59	.76
6. partilhar seringas para o uso de drogas com alguém que tem o VIH/SIDA?	.16	.81
7. apanhar com a tosse ou o espirro de alguém que tem o VIH/SIDA?	.45	.79
8. através de mosquito ou outros insectos infectados pelo VIH/SIDA?	.46	.79
<b>Alfa Total da Sub-Escala=.80</b>		

A análise das correlações dos itens do ECTP/VIH (conhecimento sobre a transmissão do VIH) com o total da escala revelou que o coeficiente de fidelidade é elevado (.80) e que todos os itens apresentam correlações acima de .45, à excepção do item “partilhar seringas para o uso de drogas com alguém que tem o VIH/SIDA?”. No que se refere a esta sub-escala, o valor do Alfa de *Cronbach* encontrado é elevado e relativamente semelhante ao encontrado na investigação portuguesa de McIntyre e Costa (2002) (.82).

Quadro 25

*Resultado da análise de consistência interna da Sub-Escala de Conhecimento sobre a Prevenção do VIH – 6 Itens (n=173)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Cronbach $\alpha$ se o item for eliminado
1. Não ter quaisquer relações sexuais é um método eficaz para prevenir a SIDA.	.37	.58
2. Usar preservativo é um método eficaz para evitar a SIDA.	.15	.64
3. Usar um diafragma é um método eficaz para evitar a SIDA.	.55	.48
4. Usar apenas um gel, espuma ou creme espermicida é um método eficaz para evitar SIDA.	.47	.53
5. O coito interrompido é um método eficaz para evitar SIDA.	.41	.56
6. Ter relações sexuais com apenas um parceiro que não tem o VIH é um método eficaz.	.16	.64
<b>Total da Sub-Escala</b>		<b>.62</b>

O coeficiente de fidelidade para a escala de conhecimento sobre a prevenção do VIH é de .62. Os resultados para esta sub-escala são claramente inferiores aos encontrados por McIntyre e Costa (2002) (.83), mas semelhante ao encontrado por Hobfoll e colaboradores (1993), no seu estudo original (a fidelidade para a escala de prevenção foi .64). Os itens 2 e 6 apresentam correlações com o total da escala inferiores a .20, o que poderá dever-se à baixa variabilidade das respostas. Estes itens foram mantidos, pois a sua eliminação não alteraria significativamente o valor do Alfa de *Cronbach* do total da sub-escala e tratam-se de itens pertinentes para o estudo em questão.

Em suma, pela análise dos coeficientes de consistência interna de *Cronbach* da ECTP/VIH (sub-escalas e total), é possível constatar que os valores obtidos são elevados para o total da escala e para a sub-escala de conhecimentos em relação à transmissão. Embora os valores encontrados para a sub-escala de conhecimentos em relação à prevenção, optou-se por manter a sub-escala com todos os seus itens, visto que



são valores semelhantes aos encontrados pelo autor (Hobfoll et al., 1993) e tratam-se de itens muito pertinentes para a presente investigação. Não se eliminaram itens, uma vez que a finalidade deste estudo não é a validação dos instrumentos. No entanto, considera-se importante validar este questionário em futuras investigações, em contexto moçambicano, de forma a compreender melhor os resultados da sub-escala de conhecimentos acerca da prevenção.

### Validade

Para estudar a validade do construto, verificou-se a adequação dos dados para a análise factorial, sendo que o valor do teste de *Kaiser-Meyer-Okin* (KMO) foi de .77 (excedendo o valor recomendado de .6) (Kaiser, 1970, 1974; cit. in Pallant, 2001) e o Teste de Esfericidade de Bartlett (TEB; Bartlett, 1954) foi de .80 (alcançando a significância estatística), que permitem a realização da análise factorial. Os resultados desta análise encontram-se no quadro que se segue.

#### Quadro 26

##### *Estrutura factorial da ECTP/VIH - 14 Itens (n=173)*

Factor	Carga Factorial
<b>I</b>	
<b>Conhecimentos Acerca da Transmissão/Contágio</b>	
Eigenvalue: 4.4	
Variância explicada: 24.8%	
<b>Uma pessoa pode contrair VIH/SIDA ao...</b>	
1. Trabalhar próximo de alguém com o VIH/SIDA?	.70
2. Comer num restaurante em que o cozinheiro tem o VIH/SIDA?	.73
3. Apertar as mãos, tocar ou beijar alguém na face que tem o VIH/SIDA?	.67
4. Partilhar pratos, garfos ou copos com alguém que tem o VIH/SIDA?	.79
5. Usar casas de banho públicas?	.65
6. Partilhar seringas para o uso de droga com alguém que tem o VIH/SIDA?	.24
7. Apanhar com a tosse ou com o espirro de alguém que tem o VIH/SIDA?	.58
8. Através de mosquitos ou outros insectos infectados com o VIH/SIDA?	.60

## II

### Conhecimentos Acerca da Prevenção

Eigenvalue: 1.7

Variância explicada: 18.7%

9. Não ter quaisquer relações sexuais é um método eficaz para prevenir a SIDA.	.48
10. Usar preservativo é um método eficaz para evitar a SIDA.	.62
11. Usar um diafragma é um método eficaz para evitar a SIDA.	.33
12. Usar apenas um gel, espuma ou creme espermicida é um método eficaz para evitar SIDA.	.19
13. O coito interrompido é um método eficaz para evitar SIDA.	.26
14. Ter relações sexuais com apenas um parceiro que não tem o VIH é um método eficaz.	.29

A solução factorial de dois factores explica um total de 43.5% da variância, com a componente 1 a contribuir com 24.1% e a componente 2 a contribuir com 18.7%. As saturações variam entre .19 e .79.

Com o objectivo de avaliar a fidelidade teste-reteste, procedeu-se a uma análise correlacional dos diferentes momentos de avaliação, ao nível do Grupo de Controlo, tal como é possível observar-se no quadro que se segue. Os resultados desta análise demonstram que a ECTP/VIH apresenta uma boa estabilidade, com as correlações a variar entre os .47 e os .90.

#### Quadro 27

*Resultados relativos à Fidelidade Teste-Retestes da ECTP/VIH (n=57)*

	Pós-teste (1 semana)	Seguimento 1 (1 mês)	Seguimento 2 (3 meses)
<b>Pré-teste</b>	.746**	.618**	.469**

\*\* p≤.01

A ECTP/VIH é uma escala promissora em termos de avaliação dos conhecimentos acerca do VIH/SIDA. Os resultados nesta amostra indicam uma boa consistência interna para o total da escala e para uma das sub-escalas (conhecimentos acerca da transmissão/contágio). No entanto, é necessário que haja mais investigação

com este instrumento, em contexto moçambicano, de forma a validar o instrumento e comparar resultados ao nível da sub-escala de conhecimentos acerca da prevenção.

#### **4.6.8. Questionário do Comportamento Sexual Passado (QCS)**

O Questionário do Comportamento Sexual Passado foi construído por Hobfoll e colaboradores (2002) com o objectivo de avaliar o comportamento sexual de forma detalhada. Este resultou dum conjunto de itens criados pelo autor (Hobfoll et al., 2002), baseado num estudo de Kelly, St. Lawrence, Hood, e Bransfield (1989) acerca da redução do risco sexual para o VIH/SIDA. Este instrumento questiona pormenorizadamente os participantes acerca do seu comportamento sexual passado: frequência, tipo de comportamento sexual (vaginal, oral e anal), tipo de comportamento preventivo associado (utilização do preservativo), número de parceiros, e tempo do comportamento sexual em questão (nas últimas duas semanas, nos últimos dois meses e nos últimos seis meses).

O QCS tem vindo a ser amplamente utilizado em vários estudos relativos à promoção da saúde sexual, nomeadamente, feminina. A título de exemplo, podemos referir a investigação desenvolvida por Schroder, Hobfoll, Jackson e Lavin (2001). Nesta versão, o comportamento sexual questionado referia-se apenas aos últimos seis meses e as frequências de cada prática sexual eram relatadas numa escala de 0 a 4 (0 = nunca, 1 = uma vez, 2 = de 2 a 3 vezes, 3 = 4-6 vezes, ou 4 = mais do que 6 vezes). A frequência do uso de preservativo foi avaliada numa escala *Likert* de 4 pontos (1 = nunca, 2 = raramente, 3 = algumas vezes, 4 = sempre). Num outro estudo, Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton e Sheperd (1994) também avaliaram o comportamento sexual (neste caso, apenas anal) das participantes através deste questionário, sendo que estas classificavam o seu comportamento durante o sexo anal e o uso de preservativo e espermicida numa escala de 4 pontos (*não, às vezes, quase sempre, sempre que tenho sexo*). O alfa de *Cronbach* para estes dois itens foi de .88. Num outro estudo, acerca das barreiras para o sexo seguro, o QCS avaliou o comportamento sexual das participantes numa escala *Likert* de 4 pontos (“Foi sexualmente activa no último ano?”, indicando: “não”, “uma vez por mês ou menos”, “2-3 vezes por mês”, ou “mais de 3 vezes por mês”). Neste mesmo estudo, as mulheres indicaram o número de parceiros sexuais que tiveram nesses períodos, numa escala de 4 pontos (“sem parceiro”, “algum parceiro”, “poucos parceiros 2-4”, e “muitos parceiros, 5 ou mais”) (Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1994). Esta componente do “número de parceiros sexuais” foi

utilizada, mais tarde, também por Jackson, Hobfoll, Jackson & Lavin (2001) numa investigação que se debruçou no estudo do *stress*, auto-eficácia e percepção de envolvimento do parceiro em comportamentos de risco para o VIH. As participantes indicavam o número de parceiros sexuais que tiveram nos últimos seis meses. É de realçar que nesta investigação se observou uma pequena alteração ao formato de resposta: uma vez que o número de parceiros tendia para um parceiro, a variável foi dicotomizada (1 = um parceiro sexual nos últimos seis meses, 2 = mais de um parceiro sexual nos últimos seis meses). Também Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd (1993) avaliaram o conhecimento, comportamento e atitudes relativamente ao risco face ao VIH numa população feminina, onde utilizaram este questionário. Neste estudo, as participantes relataram as suas práticas sexuais no último ano (e.g., relações vaginais, orais, anais); a frequência das mesmas, classificada numa escala de 1 a 4 (1 = “não me envolvi nesse comportamento”, 2 = “uma vez por mês ou menos”, 3 = “2 ou 3 vezes por mês”, 4 = “mais de 3 vezes por mês”); e o número de parceiros envolvidos, numa escala de 4 pontos (1 = “sem parceiro”, 2 = “algum parceiro”, 3 = “poucos parceiros 2-4”, e 4 = “muitos parceiros, 5 ou mais”). A consistência interna foi de .71 e a fidelidade teste-reteste (após três meses numa sub-amostra) foi de .75. Num estudo posterior, Hobfoll e Schroder (2001) utilizaram uma versão do questionário muito semelhante à utilizada por Hobfoll em 2002, aquando da criação do *Women's Health Study Questionnaire*. As participantes foram questionadas em relação às práticas sexuais dos últimos dois meses (vaginal, oral e anal), à frequência de cada uma delas (0 = 0, 1 = uma vez, 2 = 2-3 vezes, 3 = 4-6 vezes, 4 = mais de 6 vezes), e à frequência do uso do preservativo em cada prática sexual (1 = nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = sempre). A maior diferença entre este estudo e os anteriores é que, aqui, os autores calcularam os resultados de forma a indicar a frequência geral de contactos sexuais e a frequência geral do uso do preservativo nas relações sexuais: dividiram a frequência do uso do preservativo pela frequência geral dos contactos sexuais durante os últimos dois meses.

A versão experimental portuguesa de McIntyre e Costa (2002) é constituída pelos 25 itens da escala construída por Hobfoll no *Women's Health Study Questionnaire*, o que corresponde a 9 itens, divididos por três momentos, que avaliam a actividade sexual vaginal, oral e anal, em diferentes momentos (nas últimas duas semanas, e nos últimos 2 e 6 meses); outros 9 itens que avaliam a frequência do uso do preservativo nas práticas sexuais supracitadas; e 3 itens que avaliam o número de parceiros sexuais nos diferentes momentos (2 semanas, 2 e 6 meses). Adicionalmente,

questiona-se se as mulheres trocaram sexo por dinheiro ou por drogas, no decorrer dos 3 momentos. A última questão refere-se à utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais, independentemente do tipo de prática (sexo vaginal, oral ou anal) (Costa, 2007).

#### **Descrição do Questionário do Comportamento Sexual Passado (QCS) na Amostra em Estudo**

No presente estudo, a versão utilizada foi a de McIntyre e Costa (2002). Tal como no estudo português, nesta investigação com mulheres Moçambicanas em risco sexual para a infecção pelo VIH/SIDA, foram utilizados os 25 itens que avaliam a actividade sexual das participantes, em 3 momentos diferentes (nas últimas duas semanas, e nos últimos 2 e 6 meses), assim como, a frequência da utilização do preservativo em todos esses actos em geral, e nos últimos quatro actos sexuais em particular. Também as mulheres Moçambicanas foram questionadas acerca da existência e frequência de episódios nas suas vidas em que trocaram sexo por dinheiro ou drogas.

Visto que este instrumento de avaliação apenas pretende descrever e caracterizar o comportamento sexual passado da amostra, não se considerou pertinente avaliar as características psicométricas do mesmo.

#### **4.6.9. Questionário de Atitudes e outros Comportamentos relacionados com a SIDA (ACS)**

O questionário de Atitudes e outros Comportamentos relacionados com a SIDA é composto por três itens independentes. O primeiro item avalia a percepção de risco comunitário relativamente ao VIH/SIDA, o segundo avalia a percepção de risco pessoal face ao VIH; e o terceiro avalia o nível de discussão acerca da SIDA (e respectiva prevenção) com os parceiros sexuais.

Os dois primeiros itens (risco pessoal e comunitário) são avaliados numa escala de resposta de 4 pontos (1 = sem risco, 2 = baixo risco, 3 = risco moderado, 4 = risco elevado). O terceiro item (discussão da temática do VIH com os parceiros) pretende avaliar se as participantes discutem os comportamentos relacionados com o VIH/SIDA com os seus parceiros sexuais. O item é apresentado da seguinte forma: “Converso sobre a SIDA e sobre a prevenção da SIDA”. As opções de resposta são: 2 = com todos os parceiros, 1 = com alguns mas não com outros, 0 = raramente ou nunca (Hobfoll et

al., 2002). Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton e Sheperd (1994) utilizaram os três itens supracitados no decorrer de uma investigação acerca das barreiras das mulheres relativamente à sexualidade segura. Nesta altura, os autores designaram o questionário de “*Attitudes and other AIDS related behaviors*”.

A investigação de McIntyre e Costa (2004; 2007), com mulheres jovens portuguesas em risco sexual, adaptou o questionário a partir da versão de Hobfoll e colaboradores (2002). Assim, considera os mesmos itens anteriormente descritos: percepção de risco comunitário, percepção de risco pessoal, e comunicação sobre a SIDA e sua prevenção.

#### **Descrição do Questionário de Atitudes e outros Comportamentos relacionados com a SIDA (ACS) na Amostra em Estudo**

No presente estudo, as atitudes e comportamentos relacionados com a SIDA, foram avaliadas com a versão experimental portuguesa do ACS, de McIntyre e Costa (2002). Esta, por sua vez, resulta da versão utilizada por Hobfoll e colaboradores, que integra o *Women's Health Study Questionnaire*. Assim, o questionário aplicado às mulheres Moçambicanas participantes no estudo inclui os dois itens que avaliam a percepção de risco pessoal (se consideram que o seu comportamento sexual actual as coloca em risco para a infecção pelo VIH) e a percepção de risco na comunidade (se consideram que o contacto sexual entre uma mulher e um homem, na sua comunidade, implica uma exposição de elevado risco para o VIH). Estes dois itens são respondidos numa escala de 4 pontos (“sem risco, baixo risco, risco moderado e risco elevado”). Adicionalmente, utilizou-se o item que avalia o nível de comunicação acerca da SIDA com os parceiros (“conversa sobre a SIDA e sobre a Prevenção da SIDA com os seu (s) parceiro (s)?”). Esta questão considera as seguintes opções de resposta: 2 = *com todos os parceiros*, 1 = *com alguns mas não com outros*, 0 = *raramente ou nunca*.

Também este questionário não foi alvo de análise das características psicométricas, dado tratar-se de itens independentes e de carácter apenas descritivo.

#### **4.6.10. Escala de Percepção de Comportamento de Risco do Parceiro para o VIH (EP/CR/VIH)**

A Escala de Percepção de Comportamento de Risco do Parceiro para o VIH (EP/CR/VIH) é uma medida que objectiva avaliar a consciência do risco subjacente a comportamentos do parceiro no passado (Schroder, Hobfoll, Jackson & Lavin, 2001).

Este instrumento de avaliação é constituído por quatro itens, que integram o *Women's Health Study Questionnaire*. Estes itens questionam acerca do comportamento dos seus parceiros, nomeadamente, se este (s) algumas vez usou drogas injectáveis, se teve outras parceiras sexuais no último ano, se esteve na prisão durante os últimos 5 anos; e se teve relações sexuais com outros homens nos últimos 5 anos. No estudo original, a resposta a cada uma destas questões foi classificada numa escala de 3 pontos (1 = não, 2 = talvez, não tenho a certeza, e 3 = sim). O total da escala é obtido através do somatório de todos os itens (Schroder, Hobfoll, Jackson & Lavin, 2001). Nenhum dos estudos dos autores faz referência à consistência interna e fidelidade da escala.

Em Portugal, McIntyre e Costa (2004; 2007) procederam à análise das qualidades psicométricas do instrumento, numa amostra de mulheres em risco sexual. A escala tem o mesmo número de itens e formato da versão original. As autoras fizeram uma análise de consistência interna do valor dos itens e obtiveram um alfa de .57, o que é baixo. A baixa consistência interna deve-se, provavelmente, ao carácter diverso dos comportamentos avaliados pelos itens.

#### **Descrição da Escala de Percepção de Comportamento de Risco do Parceiro para o VIH (EP/CR/VIH) na Amostra em Estudo**

Mais uma vez, a versão da EP/CR/VIH utilizada na presente investigação foi a portuguesa de McIntyre e Costa (2002). No entanto, esta versão encontra-se reduzida a dois itens. Já na versão portuguesa (3 itens) foi retirado 1 item (“Acha que algum dos seus parceiros sexuais teve outros parceiros sexuais no último ano?”) em relação à original de Hobfoll e colaboradores (2002), devido à baixa correlação desse item (<.20) com o total da escala (Costa, 2007). Devido ao mesmo, à baixa taxa de resposta em dois itens, estes não foram considerados na presente investigação. Os restantes itens foram utilizados para descrever a percepção de risco em relação ao parceiro, por parte das mulheres Moçambicanas em risco sexual para o VIH/SIDA.

#### **4.6.11. Escala de Práticas Sexuais Seguras Actuais (E/PSSA)**

A Escala de Práticas Sexuais Seguras Actuais é um instrumento que avalia a prática actual de comportamentos sexualmente seguros e a intenção de praticar comportamentos sexualmente seguros.

Na sua versão original, a escala possui um conjunto de 16 itens (Hobfoll et al., 1993, 1994). Posteriormente, aquando da elaboração do *Women's Health Study*

*Questionnaire*, Hobfoll e colaboradores (2002) reduziram a escala para 3 itens (“comprei ou obtive preservativos recentemente”, “tenho a intenção de comprar ou obter preservativos”, e “confio no meu parceiro para que traga preservativos”). Esta é respondida numa escala de 4 pontos (não, ocasionalmente, frequentemente ou sempre, ou quase sempre que tenho sexo). Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton e Sheperd (1994) utilizaram alguns dos itens da escala noutros estudos. Um desses estudos utilizou dois itens da escala para avaliar o uso actual de preservativo e espermicida, obtendo um alfa de *Cronbach* de .84 nessa amostra. Posteriormente, os autores (Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1994) avaliaram as variáveis “intenção” e “compra” de preservativos e espermicida através de 4 itens, classificando a resposta numa escala de 4 pontos (1 = não, 2 = ocasionalmente, 3 = frequentemente, 4 = sempre), sendo o alfa de *Cronbach* de .72.

No estudo de McIntyre e Costa (2004; 2007), as autoras utilizaram a versão de três itens (“comprei ou obtive preservativos recentemente”, “tenho a intenção de comprar ou obter preservativos”, e “confio no meu parceiro para que traga preservativos”) e avaliaram as características psicométricas da escala. Nesta versão experimental portuguesa adoptou-se o formato de resposta de uma escala de 4 pontos (0 = não, 1 = ocasionalmente, 2 = frequentemente, 3 = sempre ou quase sempre que tenho sexo). Com o objectivo de analisar a consistência interna da escala, calculou-se o alfa de *Cronbach* para os 3 itens. As correlações dos itens com o total da escala variaram de .25 até .64, sendo que o coeficiente de fidelidade para a E/PSSA foi de .68, o que revela uma consistência interna aceitável, especialmente tendo em conta o pequeno número de itens desta. A validade de construto foi estudada através de análise factorial exploratória de componentes principais seguida de rotação *varimax*. Após a extracção e rotação, um factor com *eigenvalue* superior a 1 emergiu da análise da E/PSSA, explicando 63% da variância. Estes dados indicam que a utilização da escala é adequada na avaliação das práticas sexuais seguras actuais (Costa, 2007).

### **Análise das Características Psicométricas da Escala de Práticas Sexuais Seguras Actuais (E/PSSA) na Amostra em Estudo**

A versão da E/PSSA utilizada na presente investigação foi a portuguesa de McIntyre & Costa (2002) (3 itens): *comprei ou obtive preservativos recentemente*, *tenho a intenção de comprar ou obter preservativos*, *confio no meu parceiro para que*



*traga preservativos*. O instrumento é respondido numa escala de 4 pontos (0 = não, 1 = ocasionalmente, 2 = frequentemente, 3 = sempre ou quase sempre que tenho sexo).

### Fidelidade

A consistência interna da escala foi analisada através do cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach* para os itens da escala. O coeficiente de fidelidade para a E/PSSA é de .78, com os itens a correlacionarem-se acima de .50 com o total da escala.

#### Quadro 28

*Resultados da análise de consistência interna E/PSSA – 3 Itens (n=173)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Cronbach $\alpha$ se o item for eliminado
1. Comprei ou obtive preservativos recentemente.	.66	.67
2. Tenho a intenção de comprar ou obter preservativos.	.76	.65
3. Confio no meu parceiro para que traga preservativos.	.50	.89
<b>Alfa total da escala = .78</b>		

O valor de alfa obtido (.78) é satisfatório e idêntico aos obtidos noutros estudos (e.g. .84 no estudo de Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1993). Em comparação com o estudo português de McIntyre e Costa (2004; 2007), os resultados obtidos nesta amostra são ligeiramente superiores (.78 vs .68).

### Validade

A análise de componentes principais revelou a presença uma componente com *eigenvalue* superior a 1, que explica 72.6% da variância, como se pode verificar no quadro que se segue.

Quadro 29

*Estrutura factorial da E/PSSA - 3 Itens (n=173)*

Factor	Carga Factorial
<b>I</b>	
<b>Práticas Sexuais Seguras Actuais</b>	
Eigenvalue: 2.1	
Variância explicada: 72.6%	
1. Comprei ou obtive preservativos recentemente.	.89
2. Tenho a intenção de comprar ou obter preservativos.	.93
3. Confio no meu parceiro para que traga preservativos.	.73

A validade convergente da E/PSSA foi avaliada através do estudo das correlações com outros instrumentos que avaliam variáveis pertinentes para o estudo em questão (auto-eficácia para o uso do preservativo e percepção de barreiras face ao sexo seguro). Tal como se pode verificar no quadro que se segue, as práticas sexuais seguras correlacionam-se positivamente com a auto-eficácia para a utilização do preservativo ( $r = .718$ ;  $p < .01$ ) e negativamente com a percepção de barreiras face ao sexo seguro ( $r = -.460$ ;  $p < .01$ ). Ou seja, os resultados vão de encontro ao que a literatura científica sugere: há uma associação entre maior nível de práticas sexuais seguras e maiores níveis de auto-eficácia para o uso do preservativo, assim como, entre maior nível de práticas sexuais seguras e menor percepção de barreiras face ao sexo seguro.

Quadro 30

*Coefficientes de correlação de Spearman entre os totais da E/PSSA, da SE-AIDS e da BASSB (n=173)*

	E/PSSA	SE-AIDS	BASSB
E/PSSA		.718**	-.460**

\*\*  $p < .01$

Em suma, estes resultados preliminares indicam que a escala poderá ser usada com confiança na amostra em estudo, e que poderão ser uma boa fonte de referência para futuros estudos a realizar com a E/PSSA no âmbito da prevenção face ao VIH, em contexto moçambicano.

#### **4.6.12. Controlo da Natalidade**

O controlo da natalidade foi analisado através de uma lista de onde consta uma série de formas de controlo da natalidade (pílula, preservativo, esponja concepcional, espuma, gel ou espermicida, injeções contracepcionais, implante contraceptivo no braço, laqueação das trompas, coito interrompido, diafragma, dispositivo intra-uterino, e oração) ou a possibilidade de não utilizar qualquer tipo de contracepção (opção “nenhuma”). Para cada uma das possibilidades de tipo de contracepção, as participantes teriam de optar pela forma de resposta “sim” ou “não”.

O estudo deste aspecto é importante no âmbito da prevenção do VIH/SIDA, na medida em que o uso de alguns tipos de contracepção podem ajudar a explicar o porquê das mulheres não usarem métodos de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (e.g. substituição do preservativo pela pílula contraceptiva ou coito interrompido). A lista que descreve os métodos de contracepção foi retirada do Questionário de Estudo da Saúde das Mulheres, de McIntyre e Costa (2004).

Dado tratar-se de itens com um objectivo meramente descritivo e cuja intenção não passa por medir um construto, não se procedeu à análise das características psicométricas do instrumento.

#### **4.6.13. Questionário de Barreiras: Razões para não Praticar Sexo Seguro (BASSB)**

O Questionário de Barreiras (BASSB) é um instrumento que avalia as razões pelas quais as pessoas não praticam comportamentos sexuais seguros. A versão original surgiu aquando de um estudo, desenvolvido por Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton e Sheperd (1994), que pretendeu analisar as barreiras que as mulheres possuíam face ao sexo seguro (utilização do preservativo). Nesta versão foram desenvolvidos 14 itens de natureza multidimensional: recusa por parte da própria pessoa ou do parceiro, percepção de que não se está em risco, embaraço, e crenças de que o sexo seguro elimina o prazer.

As características psicométricas desta versão original foram analisadas no decorrer de vários estudos. Num primeiro estudo, Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton e Sheperd (1994) avaliaram a BASSB numa população de mulheres grávidas, solteiras e com menos de 30 anos ( $n=503$ ), sendo que encontraram os quatro factores (recusas do próprio ou do parceiro, avaliação de que não se está em risco, embaraço, e o sexo seguro elimina o prazer). Na sequência desta investigação foi incluído mais um item à escala: a abstinência. A forma de resposta a estes 14 itens variou numa escala *Likert* de

quatro pontos: “concordo totalmente”, “concordo”, “discordo”, e “discordo totalmente”. Em termos de validade de construto, as análises factoriais revelaram que a escala é multidimensional, sugerindo quatro factores através da análise de componentes principais. Num primeiro estudo com uma amostra comunitária ( $n=123$ ) (amostra preliminar retirada de um projecto de intervenção na SIDA), Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton e Sheperd (1994) verificaram que os quatro factores explicavam 58% da variância total. Numa segunda amostra comunitária (380 mulheres), os autores constataram que os quatro factores explicavam 60% da variância total. Os autores concluíram que a escala possuía quatro sub-escalas e consideraram que o item “abstinência” não saturava em nenhum factor, devendo, assim, permanecer à parte. Assim, a primeira sub-escala compõe-se de cinco itens que avaliam as recusas do próprio ou do parceiro (e.g. “O meu parceiro iria opor-se”), e o seu alfa de *Cronbach* foi de .76; a segunda sub-escala tem quatro itens, que avaliam a percepção de risco pessoal (e.g. “Não estou em risco”), e o seu alfa de *Cronbach* foi de .76 para ambas as amostras comunitárias de mulheres; a terceira sub-escala possui dois itens que avaliam o “abdicar do prazer” (e.g. “abdicar do prazer e do sexo casual”), possuindo um alfa de *Cronbach* de .62; finalmente, a quarta sub-escala, designada de “embaraço”, também é composta por dois itens (e.g. “Sou demasiado envergonhada”) e obteve uma fidelidade de .50 (Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1994). No segundo estudo ( $n=503$ ) confirmou-se a validade de construto do modelo teórico e da escala (Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1994). Especificamente, constatou-se que as barreiras que dizem respeito às *objecções do próprio ou do parceiro* possuíam maior fidelidade e validade de construto. A sub-escala *objecções do próprio ou do parceiro* encontra-se mais relacionada com a depressão ( $r=.15, p<.01$ ), com a baixa auto-eficácia ( $r=-.16, p<.01$ ) e com baixo suporte social ( $r=-.15, p<.01$ ). O *embaraço* parece estar relacionado com baixa auto-eficácia ( $r=-.18, p<.01$ ). A barreira relativa ao *abdicar do prazer* relaciona-se com a satisfação face ao suporte social ( $r=-.12, p<.05$ ).

Num estudo mais recente, Schroder, Hobfoll, Jackson e Lavin (2001) utilizaram uma versão da escala com 13 itens (sem o item “abstinência”), onde avaliaram as barreiras à sexualidade segura, numa escala de 4 pontos (de 1 = “discordo totalmente” a 4 = “concordo totalmente”). A escala que posteriormente Hobfoll (2002) adoptou e integrou no *Women’s Health Study Questionnaire* (2002) é baseada nesta versão de Schroder, Hobfoll, Jackson e Lavin (2001). Neste estudo, os itens foram agrupados em quatro sub-escalas e o somatório dos resultados foi calculado para cada: *ausência de*

*percepção de risco* (e.g. “Não estou em risco”, “O meu parceiro não está em risco”), com quatro itens; *atitudes negativas face ao sexo seguro* (e.g. “Acho que as práticas sexuais seguras interferem com a espontaneidade e com o fazer o que quero”) com quatro itens; *percepção da atitude do parceiro como negativa* (e.g. “O meu parceiro não gostaria de práticas sexuais seguras”, “O meu parceiro iria opor-se”) com dois itens; e *percepção de baixa auto-eficácia na comunicação* (e.g. “Sou demasiado envergonhada”), com dois itens. Os alfas de *Cronbach* encontrados para estas sub-escalas foram de .81, .78, .79, e .58, respectivamente. Concluindo, os vários estudos desenvolvidos por Hobfoll e colaboradores acerca deste instrumento de avaliação demonstram uma adequada fidelidade e validade da escala, com menor fidelidade para a sub-escala baixa auto-eficácia na comunicação (Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton, & Sheperd, 1994; Schroder, Hobfoll, Jackson & Lavin, 2001; Hobfoll & Schroder, 2001).

Em Portugal, no decorrer do estudo de promoção da saúde sexual de mulheres jovens em risco, foi utilizada a versão experimental da BASSB de McIntyre e Costa (2002). Esta versão é constituída por 10 dos 13 itens da versão de Schroder, Hobfoll, Jackson e Lavin (2001), conforme adaptado por Hobfoll (2002) no *Women's Health Study Questionnaire* (ausência de percepção de risco, 3 itens; atitudes negativas em relação ao sexo seguro, 2 itens; percepção da atitude parceiro como negativa, 2 itens; e percepção de baixa auto-eficácia na comunicação, 3 itens) e ainda a dimensão “abstinência” (que não é considerada uma barreira ao sexo seguro, e sim a total ausência de sexo). Estes itens, tal como acontece nas versões anteriores da escala, pretendem avaliar as razões pelas quais as mulheres não adoptam comportamentos sexuais seguros (uso do preservativo). Os itens são respondidos numa escala *Likert* de 4 pontos (“discordo totalmente”, “discordo”, “concordo”, “concordo totalmente”).

Com o objectivo de avaliar a consistência interna desta versão experimental da escala, foi calculado o *alfa de Cronbach* para as quatro sub-escalas. Os valores obtidos são adequados, sendo mais baixos para a sub-escala de *percepção de baixa auto-eficácia na comunicação* (.79, .66, .78 e .56), tal como acontece na versão original. Estes resultados revelam uma consistência interna aceitável de todas as sub-escalas na amostra em estudo (Costa, 2007). Em termos de validade, constatou-se que a solução factorial de quatro factores explicou um total de 73.32% da variância, com o factor 1 a contribuir com 21.29%, o factor 2 a contribuir com 21,27%, o factor 3 a contribuir com 19.11% e o factor 4 a contribuir com 11.66%. Estes resultados confirmam a multidimensionalidade do construto proposta pelos autores originais. Em termos de

validade convergente/discriminante, as correlações observadas entre as sub-escalas do BASSB, e a auto-eficácia geral e a auto-eficácia na negociação do preservativo, revelam que estas se correlacionam negativa e significativamente (e.g.  $r=-.329$ ,  $p<.01$ , entre a auto-eficácia geral e a sub-escala de baixa percepção de auto-eficácia na comunicação;  $r=-.274$ ,  $p<.01$ , entre a auto-eficácia na negociação do preservativo e a sub-escala de percepção negativa da atitude parceiro). Concretamente, é possível verificar que, nesta amostra, a ausência de percepção de risco é a escala que menos se correlaciona com a auto-eficácia geral. A auto-eficácia geral correlaciona-se apenas moderadamente com a auto-eficácia na comunicação, o que apoia a assumpção de que a auto-eficácia é algo específico das competências alvo. As correlações encontradas com as outras sub-escalas são baixas e no sentido esperado, apoiando a validade convergente e discriminante da escala de barreiras (Costa, 2007). A análise das propriedades psicométricas desta escala, numa amostra feminina portuguesa, revela uma adequada fidelidade do instrumento e o estudo da validade confirma as quatro dimensões preconizadas pelos autores e confirmadas por outros estudos.

#### **Análise das Características Psicométricas do Questionário de Barreiras (Razões para não Praticar Sexo Seguro - BASSB) na Amostra em Estudo**

A versão do BASSB utilizada no presente estudo foi a experimental portuguesa de McIntyre e Costa (2002). Na presente investigação com mulheres Moçambicanas, esta versão foi reduzida para 9 itens (exclui-se o item “por vezes, não sou capaz de admitir nem a mim mesma que estou a planear ter relações sexuais”). Esta remoção deveu-se ao facto do item possuir um valor médio muito baixo, assim como, baixa variância. Assim, para este estudo, as sub-escalas do instrumento são as seguintes: (1) ausência de percepção de risco (e.g. “estou numa relação com um parceiro não infectado ou de baixo risco e nenhum de nós tem sexo com outra pessoa”), (2) atitudes negativas face ao sexo seguro (e.g. “acho que as práticas sexuais seguras interferem com a espontaneidade e fazer o que eu quero”), (3) percepção da atitude do parceiro como negativa (e.g. “o meu parceiro não gostaria de práticas sexuais seguras”), e (4) percepção de baixa auto-eficácia na comunicação (e.g. “sou demasiado envergonhada”). As características psicométricas do instrumento foram avaliadas em termos de validade e fidelidade. Os dados relativos a estas análises são os do 1º momento de avaliação (pré-teste).

## Fidelidade

A consistência interna da escala foi avaliada através do calculado do alfa de *Cronbach* para os valores da escala total e das suas sub-escalas, tal como se pode verificar nos quadros que se seguem.

### Quadro 31

#### *Resultados da análise de consistência interna da BASSB - 9 Itens (n=173)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Cronbach $\alpha$ se o item for eliminado
1. Estou numa relação com um parceiro não infectado ou de baixo risco e nenhum de nós tem sexo com outra pessoa.	.32	.62
2. Sou demasiado envergonhada	.24	.64
3. Acho que as práticas sexuais seguras interferem com a espontaneidade e fazer o que eu quero	.33	.62
4. Acho que o sexo seguro tira o prazer	.37	.61
5. Sei que o meu parceiro não está infectado porque ele/eles foram testados para o VIH	.22	.64
6. O meu parceiro não está em risco	.36	.61
7. O meu parceiro não gostaria de práticas sexuais seguras	.41	.60
8. O meu parceiro iria opor-se	.37	.61
9. Não posso falar com o meu parceiro (s) sobre isso	.30	.62
<b>Alfa total da escala = .65</b>		

A análise da consistência interna para a BASSB demonstra que esta possui um coeficiente alfa baixo, mas ainda aceitável (.65), com a correlação dos itens a variar entre .22 e .41.

Quadro 32

*Resultados da análise de consistência interna das Sub-Escala da BASSB (n=173)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Cronbach $\alpha$ se o item for eliminado
<b>Ausência de Percepção de Risco</b>		
1. Estou numa relação com um parceiro não infectado ou de baixo risco e nenhum de nós tem sexo com outra pessoa.	.69	.67
2. O meu parceiro não está em risco.	.73	.62
3. Sei que o meu parceiro não está infectado porque ele/eles foram testados para o VIH.	.51	.85
<b>Alfa Total da Sub-Escala</b>		<b>.80</b>
<b>Percepção de Baixa Auto-Eficácia na Comunicação</b>		
1.Sou demasiado envergonhada.	.36	----
2. Não posso falar com o meu parceiro (s) sobre isso.	.36	----
<b>Alfa Total da Sub-Escala</b>		<b>.51</b>
<b>Atitudes Negativas em Relação ao Sexo Seguro</b>		
1.Acho que as práticas sexuais seguras interferem com a espontaneidade e fazer o que eu quero.	.57	----
2. Acho que o sexo seguro tira o prazer.	.57	----
<b>Alfa Total da Sub-Escala</b>		<b>.71</b>
<b>Percepção Negativa da Atitude do Parceiro</b>		
1.O meu parceiro não gostaria de práticas sexuais seguras.	.95	----
2. O meu parceiro iria opor-se.	.95	----
<b>Alfa Total da Sub-Escala</b>		<b>.95</b>

Pela análise dos coeficientes de consistência interna de *Cronbach* dos valores das sub-escalas da BASSB, é possível constatar que os coeficientes alfa encontrados são



adequados, sendo mais baixos para a sub-escala de *percepção de baixa auto-eficácia na comunicação* (.80, .51, .71 e .95), tal como acontece na versão original e na versão portuguesa. Esses valores revelam uma consistência interna adequada das sub-escalas na amostra de mulheres Moçambicanas em risco sexual para a infecção pelo VIH.

### Validade

Os itens do BASSB também foram analisados em termos das suas componentes principais com rotação *varimax*. O valor do teste de *Kaiser-Meyer-Okin* (KMO) foi de .60, e o Teste de Esfericidade de Bartlett (TEB; Bartlett, 1954) alcançou a significância estatística (779), confirmando os critérios psicométricos para a realização da análise factorial. Os resultados da análise factorial encontram-se descritos no quadro que se segue.

#### Quadro 33

##### *Estrutura factorial da BASSB – 9 Itens (n=173)*

Factor	Carga Factorial
<b>I</b>	
<b>Ausência de Percepção de Risco</b>	
Eigenvalue: 2.4	
Variância explicada: 23.9%	
1. Estou numa relação com um parceiro não infectado ou de baixo risco e nenhum de nós tem sexo com outra pessoa.	.84
5. Sei que o meu parceiro não está infectado porque ele/eles foram testados para o VIH.	.76
6. O meu parceiro não está em risco.	.90
<b>II</b>	.79
<b>Percepção Negativa da Atitude do Parceiro</b> Eigenvalue: 2.4	
Variância explicada: 23.2%	
7. O meu parceiro não gostaria de práticas sexuais seguras.	.97
8. O meu parceiro iria opor-se.	.98
<b>III</b>	
<b>Atitudes Negativas em Relação ao Sexo Seguro</b> Eigenvalue: 1.3	
Variância explicada: 17.5%	
3. Acho que as práticas sexuais seguras interferem com a espontaneidade e fazer o que eu quero.	.76
4. Acho que o sexo seguro tira o prazer.	.57

#### IV

##### Percepção de Baixa Auto-Eficácia na Comunicação

Eigenvalue: 1.1

Variância explicada: 15.8%

2. Sou demasiado envergonhada.	.83
9. Não posso falar com o meu parceiro (s) sobre isso.	.73

A solução factorial de quatro factores explica um total de 81% da variância, com o factor 1 a contribuir com 23.9%, o factor 2 a contribuir com 23,2%, o factor 3 a contribuir com 17.5%, e o factor 4 a contribuir com 15.8%. Estes resultados confirmam a multidimensionalidade do construto proposta pelos autores originais e vão de acordo com os dados encontrados na versão portuguesa por McIntyre e Costa (2002).

Adicionalmente, avaliou-se a estabilidade temporal da escala, ao nível do grupo de controlo, tal como é possível observar-se no quadro que se segue. Os resultados desta análise demonstram que a BASSB apresenta uma boa estabilidade, com as correlações a variar entre os .71 e os .94.

#### Quadro 34

##### *Resultados relativos à Fidelidade teste-reteste da BASSB (n=57)*

	<b>Pós-teste (1 semana)</b>	<b>Seguimento 1 (1 mês)</b>	<b>Seguimento 2 (3 meses)</b>
<b>Pré-teste</b>	.889**	.803**	.709**

\*\* p< .01

Nesta investigação também foi avaliada a validade convergente/discriminante da BASSB com outras medidas associadas, a auto-eficácia geral e a auto-eficácia para o uso do preservativo. Tal como se pode verificar nos resultados descritos no quadro que se segue, as correlações observadas revelam que quer a auto-eficácia geral, quer a auto-eficácia para o uso do preservativo se correlacionam negativa e significativamente com a percepção de barreiras face ao sexo seguro ( $r=-.504$ ,  $p<.01$ ;  $r=-.529$ ,  $p<.01$ , respectivamente). Ou seja, estes dados vão de encontro ao que a literatura científica preconiza: quanto maiores os níveis de auto-eficácia geral e de auto-eficácia para o uso do preservativo, menor a percepção de barreiras em relação ao sexo seguro.

## Quadro 35

*Coeficientes de correlação de Spearman entre a BASSB, a SE-AIDS e a GSES (n=173)*

	SE-AIDS	GSES
BASSB	-.529**	-.504**

\*\* p< .01

Em suma, a análise das características psicométricas da BASSB nesta amostra de mulheres Moçambicanas demonstra que o instrumento possui adequada fidelidade e validade, tal como acontece em estudos similares de outros autores (e.g. Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1994; Hobfoll & Schroder, 2001; McIntyre & Costa, 2004; Costa, 2007; Schroder, Hobfoll, Jackson & Lavin, 2001).

### 4.6.14. Questionário de Marcadores de ISTs e VIH

O Questionário de Marcadores de ISTs e VIH é um instrumento criado por Hobfoll e colaboradores (2002) e que integra o *Women's Health Study Questionnaire* (2002). A versão utilizada no presente estudo é a experimental portuguesa de McIntyre e Costa (2004; 2007).

As mulheres são questionadas acerca de potenciais ISTs durante a história de vida (“Alguma vez teve uma doença sexualmente transmissível?”) e nos últimos três meses (“Teve uma nova doença sexualmente transmitida nos últimos três meses”). As opções de resposta são: hepatite B, gonorreia, sífilis, herpes genital, clamídiase, herpes, trocomóniase, VIH/SIDA, e piolhos púbicos. Para cada uma das opções, as participantes devem responder “sim” ou “não”, mediante a presença ou não de cada uma destas ISTs. Adicionalmente, as participantes são questionadas acerca da testagem para o VIH (“Alguma vez fez o teste ao VIH?”) e acerca respectivo resultado do mesmo (“Alguma vez o seu teste foi positivo para o VIH?”).

Este instrumento tem um objectivo apenas descritivo, como tal não é pertinente proceder-se à análise das suas características psicométricas.

### 4.6.15. Questionário sobre o Uso de Álcool e Drogas

Também o Questionário sobre o Uso de Álcool e Drogas foi criado por Hobfoll e colaboradores (2002) (*Women's Health Study Questionnaire*, 2002) e a versão

utilizada nesta investigação é a experimental portuguesa de McIntyre e Costa (2004; 2007).

Este instrumento avalia a frequência de utilização de bebidas alcoólicas (e.g. cerveja, vinho, whisky) e uso de drogas, nas últimas duas semanas e nos últimos dois meses. Adicionalmente, analisa o número de vezes em que as participantes beberam 4 ou mais bebidas com álcool e beberam álcool antes de terem relações sexuais (e.g. “Durante as últimas duas semanas, quantas vezes bebeu 1 ou mais tipos de bebida com álcool?”). O mesmo acontece em relação ao uso de drogas. O questionário considera quatro itens relativos aos mesmos períodos de avaliação (últimas duas semanas e últimos dois meses) que avaliam a frequência do uso de drogas (e.g. marijuana, cocaína, etc.) e o uso das mesmas antes de terem relações sexuais (e.g. “Durante as últimas duas semanas, quantas vezes usou drogas antes de ter relações sexuais?”).

Este questionário também tem como único objectivo apenas descrever o padrão de consumo de álcool e drogas, logo, não se realizaram análises relativamente às suas características psicométricas.

#### **4.6.16. Escala de Auto-Estima (Self-Esteem Scale - SES)**

De acordo com Rosenberg (1965), a definição de auto-estima traduz-se numa atitude positiva ou negativa face ao *self*, revelando-se um indicador de respeito por si próprio. O conceito de auto-estima pressupõe que o indivíduo se sente bem consigo mesmo, não significando que se considere melhor ou pior do que os outros.

A *Self-Esteem Scale* de Rosenberg (1965) é um dos instrumentos de avaliação que mede a auto-estima. Este instrumento foi criado em 1960 e aferido numa amostra de 5.402 estudantes de liceu de Nova Iorque. Desde então tem vindo a ser largamente aplicada na pesquisa em Ciências Sociais. Este instrumento de 10 itens avalia a auto-estima através de um continuum de afirmações com extremos ao nível da baixa auto-estima e da elevada auto-estima (escala de *Guttman*). Os itens são apresentados alternadamente na positiva ou negativa, de forma a que haja um maior controlo ao nível do enviesamento nas respostas. As respostas são apresentadas numa escala *Likert* de quatro pontos: “concordo totalmente”, “concordo”, “discordo”, “discordo totalmente”. O total da escala resulta da soma dos itens, que varia de 0 a 30, sendo que o máximo indica elevada auto-estima.

A escala evidenciou elevada fidelidade, demonstrando correlações teste-reteste na ordem dos .82 a .88, e um alfa de *Cronbach* variando de .77 a .88 para a consistência interna (Rosenberg, 1986).

Em contexto português, há estudos que revelam a utilização desta escala numa amostra de 305 alunos do 9º ano, e posteriormente noutra de 701 alunos (Peixoto, 1984; 1986). Nesta investigação não são referidos dados de validação do instrumento.

McIntyre e Costa (2004; 2007) também utilizaram esta escala no decorrer de um estudo acerca da saúde sexual feminina, tendo a versão experimental das autoras derivado da versão original de Rosenberg (1965) com 10 itens, assim como, o respectivo método de cotação (3= concordo totalmente, 2=concordo, 1=discordo, e 0= discordo totalmente). A análise das correlações para o total da escala revela que todos os itens apresentaram correlações acima de .55 com o total da escala, variando dos .55 aos .75. O coeficiente de fidelidade para os valores do total é de .89, o que revela uma elevada consistência interna desta escala. As autoras estudaram ainda a validade de construto, através de análise factorial de componentes principais seguida de rotação varimax. Assim, observou-se uma retenção de todos os itens, visto que as saturações são superiores a .52 (variam entre .52 a .85) e confirmando-se a unidimensionalidade da escala (1 factor explica 50.63% da variância total; *eigenvalue* de 5.06). Foi ainda estudada a validade convergente e discriminante através de correlações entre a SES – Total e o Suporte Social (total), entre a SES – Total e o COR-E (Perda de recursos - total e sub-escalas) e, entre a SES – Total e o CES-D (Depressão - total e sub-escalas). Os resultados desta análise demonstraram que as escalas se correlacionam no sentido esperado: o suporte social correlaciona-se significativa e positivamente com a auto-estima ( $r=.356$ ,  $p<.01$ ), e a perda de recursos e a depressão correlacionam-se de modo negativo e significativo com a auto-estima ( $r=-.249$ ,  $p<.01$  para o COR-E;  $r=-.571$ ,  $p<.01$  para o CES-D). Perante os resultados da análise das propriedades psicométricas da escala, as autoras afirmam que esta revela uma boa fidelidade e validade do instrumento nesta amostra portuguesa (Costa, 2007).

#### **Análise das Características Psicométricas da Escala de Auto-Estima (*Self-Esteem Scale* - SES) na Amostra em Estudo**

No presente estudo utilizou-se a versão portuguesa da SES de McIntyre e Costa (2002). No entanto, foram retirados 4 itens (“em geral, estou inclinada a sentir-me uma falhada”; “sinto que não tenho muito do que me orgulhar”; “por vezes, sinto-me inútil”;

“por vezes, penso que não sou boa em nada”), devido à sua baixa média e variabilidade. Mais uma vez, esta baixa média dos itens pode dever-se à pouca relevância destes aspectos na vida das participantes ou a questões de desejabilidade social. O formato de resposta mantém-se numa escala de quatro pontos, que varia entre 3 (concordo totalmente), 2 (concordo), 1 (discordo) e 0 (discordo totalmente). Um dos itens (“gostaria de ter mais respeito por mim própria”) é invertido. Assim, a versão Moçambicana da escala é constituída por 6 itens.

As características psicométricas desta versão abreviada da SES foram avaliadas em termos de fidelidade e da validade convergente. Mais uma vez, foram analisados os dados obtidos no primeiro momento de avaliação.

### Fidelidade

A consistência interna do instrumento foi avaliada através do cálculo do alfa de *Cronbach*. A análise das correlações demonstra que todos os itens se correlacionam acima de .73 com o total da escala, à excepção do último item (.38). O coeficiente de fidelidade para a SES é de .87, o que revela uma consistência interna elevada da escala. O valor obtido é semelhante ao encontrado no estudo de McIntyre e Costa (2004) (.89).

#### Quadro 36

*Resultados da análise de consistência interna da SES – 6 Itens) (n=173)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Cronbach $\alpha$ se o item for eliminado
1.Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos ao nível dos outros.	.78	.83
2. Sinto que tenho várias boas qualidades.	.75	.83
3. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como as outras pessoas.	.79	.83
4. Assumo uma atitude positiva em relação a mim própria.	.80	.82
5. No geral, estou satisfeita comigo própria.	.73	.83
6. Gostaria de ter mais respeito por mim própria.	.38	.92
<b>Alfa total da escala = .87</b>		

Não foi efectuada a análise factorial dos itens neste instrumento, visto que o mesmo não está completo (trata-se de uma versão reduzida), não sendo objectivo principal deste estudo a validação de instrumentos. No entanto, apresentamos os resultados da correlação da SES com a GSES ( $r=.192$ ,  $p=.012$ ), como indicadores de validade convergente. Assim, verifica-se uma correlação positiva e significativa entre a auto-estima e a auto-eficácia geral. Significa isto que quanto mais elevados são os níveis de auto-estima, mais elevados são os níveis de auto-eficácia geral.

#### Quadro 37

*Coeficientes de correlação de Spearman entre a SES e a GSES (n=173)*

	Total GSES
Total SES	.192*

\*  $p < .05$

Concluindo, o resultado da análise das características psicométricas deste instrumento, permite afirmar que este possui adequada fidelidade na amostra de mulheres Moçambicanas estudada. A validade de construto, com a versão mais alargada da SES, deverá ser estudada em investigações futuras.

#### **4.6.17. Escala de Auto-Relato de Sintomatologia de PTSD (PTSD Symptom Scale: self-reported - PSS-SR)**

O *PTSD Symptom Scale: self-reported* é um instrumento criado e desenvolvido por Foa e colaboradores (1993), que tem como objectivo avaliar a presença e severidade de sintomatologia de Perturbação de Stress Pós-Traumática (PTSD) em pessoas com história de trauma.

Esta escala é constituída por 17 itens que diagnosticam a presença de PTSD de acordo com os critérios do DSM-III-R (que são os mesmos das versões mais recentes do DSM) e avaliam o nível de severidade da sintomatologia da PTSD. Cada um dos itens da escala corresponde a um dos critérios de diagnóstico para PTSD. Os itens deste instrumento foram agrupados pelos autores de acordo com diferentes dimensões de sintomas (preconizadas pelo DSM-III-R e que são as mesmas das versões mais recentes do DSM): *reviver* (5 itens), *evitamento* (7 itens) e *activação* (5 itens). Efectua-se o diagnóstico de PTSD quando se observa, um mínimo, de um sintoma de reviver, três de evitamento e dois de activação. A PSS é respondida numa escala de 4 pontos (0 = nada,

1 = um pouco, 2 = moderadamente, e 3 = muito) e o total de severidade é calculado a partir da soma das classificações de severidade para os 17 itens. É um instrumento de avaliação de aplicação breve, na medida em que demora em média 5 a 10 minutos a administrar.

Aquando da validação da primeira versão da escala, com a PSS-I (*Interview*), os autores (Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum, 1993) administraram-na numa amostra de mulheres vítimas de violação recente ( $n=118$ ). Os resultados ao nível das análises de consistência interna revelaram um alfa de *Cronbach* de .85 para a escala total. Os valores da correlação dos itens com o total da escala variaram entre os .11 e .62. Os coeficientes de alfa para as sub-escalas de sintomas foram de .69 para “reviver”, .65 para “evitamento”, e .71 para “activação”. Posteriormente, a PSS-SR (*Self-Reported*) foi administrada no decorrer de uma investigação com 44 mulheres vítimas de abuso nas últimas duas semanas, tendo, neste estudo, revelado um alfa de *Cronbach* de .91 para a escala total, embora se reconheça que esta amostra é pequena para se tirar conclusões definitivas. A correlação dos itens com o total da escala variou de .27 até .77. Os alfa de *Cronbach* para as sub-escalas foram de .78 para “reviver”, .80 para “evitamento”, e .82 para “activação”. Os autores (Foa et al., 1993) também realizaram análises de fidelidade para o total da escala no seguimento de um mês, numa amostra de 29 participantes. Os resultados demonstraram valores de .74. para o total da escala, de .66 para a sub-escala reviver, de .56 para a sub-escala de evitamento, e de .71 para a sub-escala activação. Estes resultados sugerem que a PSS-SR possui uma boa estabilidade temporal. Em termos de validade convergente, realizaram-se análises entre a versão do PSS-SR e as medidas de IES (*Impact of Event Scale*), o RAST (*Rape Aftermath Symptom Test*), o BDI (*Beck Depression Inventory*) e o STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*). Assim, foi possível constatar que o *score* total do PSS-SR se correlacionava significativamente com todas as medidas analisadas: RAST total ( $r=.81$ ,  $p<.001$ ), IES invasão ( $r=.81$ ,  $p<.001$ ), BDI ( $r=.80$ ,  $p<.001$ ), IES evitamento ( $r=.53$ ,  $p<.001$ ), STAI traço ( $r=.56$ ,  $p<.001$ ), e STAI estado ( $r=.52$ ,  $p<.001$ ). Estes resultados, embora limitados pelo tamanho da amostra, revelaram que as correlações do PSS-SR com as várias medidas de psicopatologia supracitadas foram ligeiramente mais elevadas do que as encontradas para o PSS-I (*Interview*). Estes resultados reforçam a validade da escala (Foa et al., 1993).

Em Portugal, McIntyre e Costa (2004; 2007) utilizaram uma versão experimental desta escala aquando do desenvolvimento de uma investigação com



mulheres jovens ( $n=200$ ) em risco para a infecção pelo VIH/SIDA. No entanto, optou-se por não efectuar análises relativas às características psicométricas do instrumento nesta amostra devido ao pequeno número de mulheres que possuíam PTSD ( $n=36$ ).

#### **Análise das Características Psicométricas da Escala de Auto-Relato de Sintomatologia de PTSD (*PTSD Symptom Scale: self-reported* - PSS-SR) na Amostra em Estudo**

A versão do *PTSD Symptom Scale Self-Reported* (PSS-SR) (Foa et al., 1993) utilizada no presente estudo foi, mais uma vez, a experimental portuguesa de McIntyre e Costa (2002). Na presente investigação a PTSD é avaliada em dois momentos: actual (últimas duas semanas) e passada (pior período). A PSS-SR avalia três dimensões distintas (reviver, evitamento e activação) e é respondida numa escala de quatro pontos (0=“*nada*” a 3= “*muito*”).

No decorrer da presente investigação, as mulheres foram questionadas acerca da vivência de algum episódio de abuso sexual ou outro tipo de abuso. Neste seguimento, a PSS-SR só foi aplicada às mulheres que responderam afirmativamente a essa questão ( $n=22$ ). Assim, dado o pequeno número de participantes que responderam à escala (22 mulheres num universo de 173), optou-se por não analisar as suas características psicométricas.

#### **4.6.18. Questionário de Abuso Sexual na Idade Adulta**

O abuso sexual na idade adulta foi avaliado através de 6 itens de um questionário designado *National Women's Study* (Resnick et al., 1993). O Questionário de Abuso Sexual na Idade Adulta é parte integrante do *Women's Health Study Questionnaire* (Hobfoll, 2002). A versão utilizada no presente estudo é a experimental portuguesa de McIntyre e Costa (2002). Assim, este instrumento é constituído por 4 itens para detecção de violação, um item para assédio sexual e um item para tentativa de ameaça sexual. As respostas são dadas em termos de ocorrências: nunca, ou primeira ocorrência, ocorrência mais recente e o número total de ocorrências.

Este questionário apenas pretende descrever a ocorrência e frequência de eventuais abusos na idade adulta. Como tal, não se procedeu à análise das características psicométricas do mesmo.

#### 4.6.19. Questionário de Trauma Infantil (Childhood Trauma Questionnaire - CTQ)

O Questionário de Trauma Infantil (CTQ) é da autoria de Bernstein e colaboradores (1994), e foi desenvolvido com o objectivo de avaliar, de forma breve, situações de abuso e negligência na infância. Trata-se de um instrumento de auto-relato, que aborda vários tipos de experiências traumáticas na infância, tais como, negligência, abuso físico e abuso sexual. O CTQ analisa a existência de ocorrência ou não de experiências traumáticas, assim como, a sua frequência e duração.

Numa primeira versão experimental, o CTQ possuiu 70 itens. No entanto, após uma revisão da literatura, os autores concluíram que seria melhor retirar alguns itens menos pertinentes (e.g. abuso de substâncias). Após esta revisão surgiu o CTQ original, onde as respostas são classificadas numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos (0= “nunca verdadeiro”; 5= “muitas vezes verdadeiro”). A pontuação global do CTQ obtém-se através da soma directa dos itens. Existe também uma versão mais reduzida do CTQ com apenas 28 itens (Bernstein et al., 2003).

No que se refere às características psicométricas do instrumento, estas foram analisadas no decorrer de um estudo de Bernstein e colaboradores (1994), com uma amostra de indivíduos com dependência de álcool e drogas ( $n=286$ ). No que concerne à validade de construto do instrumento, a análise de componentes principais das respostas revelou quatro factores por rotação *varimax*, representando 47.6% da variância total dos resultados. Os quatro factores são: (1) abuso físico e emocional (23 itens), (2) negligência emocional (16 itens), (3) abuso sexual (6 itens), e (4) negligência física (11 itens). Relativamente à fidelidade, o alfa de *Cronbach* para os quatro factores demonstram elevados níveis de consistência interna: .79 para o factor negligência física, .94 para o factor abuso físico e emocional, .92 para o abuso sexual, e .91 para a negligência emocional. O valor para a escala total é de .95.

A versão mais breve e recente do instrumento (Bernstein et al., 2003), com 28 itens (25 itens representativos das dimensões e 3 itens constituindo uma escala de validade “minimização/negação” para resolver o problema de subestimação (*underreporting*) dos maus tratos), também foi analisada numa amostra de 1.978 sujeitos. Os resultados desta investigação sugeriram a existência de um quinto factor, que se traduz na separação do “abuso físico” do “abuso emocional”. As análises efectuadas a esta nova versão da escala revelaram que a fidelidade para estas sub-escalas varia entre .84 e .89 para o abuso emocional, varia entre .81 e .86 para o abuso

físico, entre .92 e .95 para o abuso sexual, entre .85 e .91 para a negligência emocional e entre .61 e .78 para a negligência física (Bernstein et al., 2003). Relativamente à validade convergente, foi possível observar que os resultados do abuso sexual no CTQ encontravam-se significativa e positivamente associados com a severidade do abuso sexual na *Childhood Trauma Interview* (CTI) ( $r=.32, p<.01$ ).

Em Portugal, McIntyre e Costa utilizaram uma versão experimental portuguesa (2002) constituída por 11 de 14 itens da escala original adoptados por Hobfoll e colaboradores (2002) no *Women's Health Study Questionnaire*. No que se refere à consistência interna da escala, a análise das correlações permitiu constatar que todos os itens apresentavam correlações acima de .47 com o total da mesma (variando dos .47 aos .58). Nas correlações do CTQ – abuso sexual com o total da escala, os valores obtidos situam-se acima dos .24, variando dos .24 aos .63. O coeficiente de fidelidade para a sub-escala CTQ – abuso físico e emocional foi de .74 e para a sub-escala CTQ – abuso sexual foi de .72. Estes dados revelam uma adequada consistência interna do instrumento. No que se refere à validade de construto, esta foi estudada através de análise factorial de componentes principais seguida de rotação *varimax*. Depois de efectuadas a extracção e rotação, dois factores com *eigenvalues* superiores a 1 emergiram da análise do CTQ-Total, confirmando a bidimensionalidade desta escala. Foi possível constatar que o primeiro factor explicava 24.28% da variância total (*eigenvalue* de 3.35) e o segundo factor explicava 23.4% da variância total (*eigenvalue* de 1.89), explicando no seu conjunto mais de 47% da variância total inicial (47.68%). Os resultados desta análise revelam que os 11 itens, de uma versão mais reduzida face à original, se organizam pelos dois factores de acordo com o modelo original de Bernstein e colaboradores (1994), ou seja, encontram-se presentes dois dos quatro factores: abuso físico e emocional, e abuso sexual. No que se refere à validade convergente e discriminante do instrumento, nesta amostra portuguesa, as autoras (McIntyre e Costa, 2004; Costa 2007) analisaram as correlações entre as duas dimensões do CTQ (abuso físico-emocional e abuso sexual) e um conjunto de instrumentos: a CES-D Total (depressão), a PSS-SR – Total (PTSD), a GSES (auto-eficácia) e a SES (auto-estima). Os resultados que o abuso físico-emocional e o abuso sexual correlacionam-se significativa e positivamente com a depressão ( $r=.387$  e  $r=.221, p<.01$ ) e com a perturbação de *stress* pós-traumático ( $r=.258$  e  $r=.483, p<.01$ ). A sub-escala de abuso físico e emocional correlaciona-se de modo significativo e negativo com a auto-eficácia ( $r=-.231, p<.01$ ), assim como, com a auto-estima ( $r=-.259, p<.01$ ). A análise das

características psicométricas do instrumento na amostra portuguesa de McIntyre e Costa (2004; 2007) demonstra uma boa fidelidade e validade.

### **Características Psicométricas na Amostra em Estudo**

No nosso estudo foi utilizada uma versão experimental portuguesa de McIntyre e Veiga Costa (2002) constituída por 5 itens dos 14 utilizados pelas autoras portuguesas. Devido ao auto-relato de baixa prevalência de história de abuso sexual na infância, optou-se por eliminar esta sub-escala. Assim, a presente versão do CTQ incluiu duas sub-escalas: abuso físico (3 itens) e abuso emocional (2 itens). O questionário é respondido numa escala de 5 pontos (0 = “nunca verdadeiro”, 1 = “raramente verdadeiro”, 2 = “às vezes verdadeiro”, 3 = “frequentemente verdadeiro” e 4 = “muitas vezes verdadeiro”).

Na presente investigação com mulheres moçambicanas, o questionário apenas pretende descrever algumas características clínicas da amostra: a ocorrência e frequência de eventuais abusos (físico e emocional) na infância. Assim, não se procedeu à análise das características psicométricas do mesmo.

### **4.7. Procedimentos Estatísticos**

Os dados resultantes da recolha foram introduzidos numa base de dados informática específica das Ciências Sociais, o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences* – versões 17 e 18).

No que se refere à caracterização demográfica e clínica da amostra, os dados foram obtidos a partir de estatística descritiva, assim como, análises de distribuições e frequências. No que se refere às questões de investigação (teste de hipóteses), foram utilizados diferentes tipos de procedimentos e análises estatísticas, de acordo com a natureza das variáveis que integram cada uma das questões. Assim, em primeiro lugar, analisou-se a existência ou não dos princípios que permitem utilizar a estatística paramétrica. Ou seja, verificou-se se as variáveis dependentes são de natureza intervalar, se seguem uma distribuição normal e se existe homogeneidade de variância na distribuição da variável independente em relação à dependente (Almeida & Freire, 2007).

No teste das hipóteses da presente investigação, recorreu-se à estatística paramétrica sempre que se verificou que os princípios de normalidade da distribuição e homogeneidade de variância se encontravam respeitados (e.g. auto-eficácia geral e conhecimentos face ao VIH/SIDA). Quando tal não se verificou, recorreu-se à estatística não paramétrica (e.g. auto-eficácia na negociação do preservativo, percepção de barreiras face ao VIH/SIDA). A normalidade de distribuição das variáveis, a assimetria e a curtose das distribuições foram analisadas através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Foram feitas análises de poder para verificar a adequação da amostra para a realização dos testes utilizados, tendo-se observado adequação do tamanho da amostra e subamostras para a realização dos mesmos. Consideraram-se significativos os valores de  $p \leq .50$  e marginalmente significativos os valores de  $p < .10$ . (Poeschl, 2006).

Inicialmente verificou-se a equivalência dos grupos no pré-teste, pois só assim se pode avaliar adequadamente a eficácia das intervenções. Ou seja, só após verificar que os grupos são equivalentes no pré-teste (que é o que se espera), se poderá atribuir as mudanças posteriores ao poder das intervenções experimentais. Assim, para se avaliar a presença de diferenças significativas entre os grupos no momento de pré-teste, no que se refere às variáveis com distribuição paramétrica, foram utilizadas análises de variância univariadas (ANOVAS) para os valores totais das escalas, e multivariadas (MANOVAS), para o conjunto das sub-escalas de uma escala, tendo como factor a variável grupo. Relativamente às variáveis não paramétricas, a significância das diferenças entre os grupos foi avaliada através da utilização do teste de *Kruskal-Wallis* (significância do valor do Qui-quadrado). Uma vez que a variável “idade” e outras variáveis demográficas e clínicas não foram significativas em termos de diferenças entre os grupos, não foi necessário incluir covariantes demográficas e clínicas nas análises referentes ao teste de hipóteses. No entanto, o impacto de algumas destas variáveis foi estudado nas análises exploratórias, conforme indicado mais adiante.

Para testarmos a Hipótese 1, que comparava a eficácia das intervenções a curto prazo (pós-teste), com o grupo de controlo, controlando os valores de pré-teste, e relativamente às variáveis com distribuição normal, recorreu-se a testes paramétricos de análises de variância (ANCOVAS e MANCOVAS), tendo como variável independente o “grupo” e como variáveis dependentes as variáveis psicossociais em estudo (e.g. percepção de perda de recursos), no momento de pós-teste. Introduziu-se o valor da variável no pré-teste como covariante, para controlar o impacto desta variável nos

ganhos obtidos pós-intervenção. Cada vez que o efeito “grupo” demonstrou ser significativo ( $p \leq .50$ ), realizaram-se testes *post-hoc* de Bonferroni. Relativamente às variáveis que não seguiam uma distribuição normal, recorremos a dois tipos de teste não paramétricos: teste de *Wilcoxon* para medidas repetidas em 2 momentos, e teste *U de Mann-Whitney* para comparação dos grupos ao nível do pós-teste.

De forma a testar a eficácia relativa das intervenções ACCENT e Didáctica (Hipótese 2), tal como aconteceu no teste da hipótese 1, no que toca às variáveis com distribuição normal, recorreu-se a testes paramétricos de análises de variância (ANCOVAS e MANCOVAS), tendo como variáveis dependentes as variáveis de resultado (e.g. suporte social), e como variável independente o “grupo”, sendo que o valor da variável no pré-teste constou como covariante. No que se refere às variáveis com distribuição não normal, recorreu-se a testes não paramétricos (teste de *Wilcoxon* para medidas repetidas em 2 momentos e teste *U de Mann-Whitney* para comparação dos dois grupos de intervenção ao nível do pós-teste).

Para testar a Hipótese 3, ou seja, analisar a manutenção dos ganhos a médio prazo (seguimento de um e três meses), recorreu-se, mais uma vez, a testes paramétricos para medidas repetidas (ANCOVA ou MANCOVA), tendo como covariante o momento 1 de avaliação, e o grupo e tempo (todos os restantes momentos de avaliação) como factores, nas variáveis com distribuição normal. No que se refere às variáveis não normais, estas foram avaliadas através de testes não paramétricos para medidas repetidas (teste de *Friedman para os 4 momentos*, e *Wilcoxon* para dois momentos), e teste *U de Mann-Whitney* para comparação dos grupos ao nível dos momentos 3 e 4.

Para testar a Hipótese 4, ou seja, verificar quais os correlatos que se associam a comportamentos sexuais de risco, em primeiro lugar, correlacionaram-se os possíveis correlatos demográficos, maritais e psicossociais, com as variáveis de resultado no pré-teste, para seleccionar quais os correlatos a incluir nas análises de regressão hierárquica. Posteriormente utilizaram-se análises de regressão hierárquica, em que as variáveis “práticas sexuais seguras” e “utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais” entraram como variáveis de resultado. No bloco 1, foram introduzidas as variáveis demográficas “idade” e “escolaridade”, e no bloco 2, as variáveis maritais, “estado civil” e “converso sobre SIDA com o meu parceiro”. No bloco 3 entraram as variáveis psicossociais (e.g. auto-eficácia uso do preservativo). Também se investigaram os correlatos da auto-eficácia na negociação do preservativo por esta variável ser o correlato mais importante das variáveis comportamentais e poder ser uma

variável intermédia importante. Mais uma vez, no bloco 1, foram introduzidas as variáveis demográficas e no bloco 2, as variáveis maritais, entrando a auto-eficácia na negociação do preservativo no bloco 3. O enfoque nestas análises foi investigar a variância única explicada por cada variável psicossocial ( $\Delta R^2$ ) nas variáveis de resultado.





## **CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo apresentamos os resultados das análises realizadas para testar as hipóteses de investigação, sendo salientados os resultados mais relevantes e com maiores implicações para este estudo. Esta apresentação tem um carácter unicamente descritivo, reservando-se a interpretação dos resultados para o capítulo 6. Inicialmente, são apresentados os resultados para testar a equivalência dos grupos no momento de pré-teste, sendo os restantes dados apresentados pela ordem das hipóteses produzidas, de modo a facilitar a leitura e a compreensão dos mesmos. Finalmente, apresentam-se os resultados das análises exploratórias.

## 5.1. Resultados da Equivalência dos Grupos no Pré-Teste

Os quadros que se seguem apresentam os valores de pré-teste nas variáveis psicossociais e comportamentais estudadas, para os três grupos da investigação. No caso das variáveis paramétricas, foram utilizadas ANOVAS para os valores totais das escalas e MANOVAS para o conjunto das sub-escalas de uma escala. No que se refere às variáveis com distribuição não paramétrica, as diferenças entre os grupos foram avaliadas através da utilização do teste de *Kruskal-Wallis*. É de salientar que visto que a variável “idade” e outras variáveis demográficas e clínicas não foram significativas em termos de diferenças entre os grupos, não foi necessário incluir covariantes demográficas e clínicas nestas análises e no teste de hipóteses.

Apresentamos primeiramente o resultado das diferenças entre os grupos das variáveis paramétricas e posteriormente das variáveis não paramétricas.

### Quadro 38

*Medidas de Pré-Teste das Variáveis Psicossociais Estudadas e Resultados das ANOVAS e MANOVAS para a comparação do Grupo de Intervenção Didáctica (n=56), do Grupo ACCENT (n=60) e do Grupo de Controlo (n=57)*

Variável Independente (Grupo):	G. ID (n=56)		G. ACCENT (n=60)		G. CONTROLO (n=57)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
<b>Variáveis Dependentes</b>								
<b>Auto-Eficácia Geral</b>	42.9	7.56	43.6	7.08	43.0	7.37	.144	.866
<b>Depressão</b>	16.3	8.31	14.9	6.84	15.5	6.85	.483	.818
<b>Auto-Estima</b>	18.3	2.38	17.9	2.38	18.3	2.14	.621	.539
<b>COR Total</b>	15.3	7.87	15.5	8.01	15.0	9.17	.048	.953
Stress Financeiro	8.56	4.65	8.82	5.15	8.68	5.28	.038	.963
Stress C. Domésticas	5.94	3.48	5.67	3.16	5.46	3.83	.249	.780
<b>Conhecimentos Total</b>	11.7	3.06	12.0	2.33	11.7	3.34	.274	.761
Conhecimentos Contágio	7.30	1.84	7.46	1.39	7.19	2.13	.339	.713
Conhecimentos Prevenção	4.48	1.92	4.61	1.63	4.50	1.63	.099	.906
<b>Suporte Social</b>	7.15	1.09	7.25	1.24	7.35	.850	.892	.412

Em relação às variáveis com distribuição paramétrica, auto-eficácia geral, depressão, auto-estima, COR total, sub-escala de stress financeiro e stress relacionado com as condições domésticas, conhecimentos acerca do VIH/SIDA total e sub-escalas de conhecimentos acerca do contágio/transmissão e conhecimentos acerca da

prevenção, e suporte social, não se verificaram diferenças significativas entre os grupos, no pré-teste (quadro 38).

#### Quadro 39

*Medidas de Pré-Teste das Variáveis Psicossociais Estudadas e Resultados do Kruskal-Wallis Test para a comparação do Grupo de Intervenção Didáctica (n=56), do Grupo ACCENT (n=60) e do Grupo de Controlo (n=57).*

<b>Variável Independente (Grupo):</b>	<b>G. ID (n=56)</b>	<b>G. ACCENT (n=60)</b>	<b>G.C (n=57)</b>		
<b>Variáveis Dependentes</b>					
	<i>Mean</i>	<i>Rank</i>		$\chi^2$	<i>p</i>
<b>Auto-eficácia na Negociação do Preservativo</b>	82.2	86.1	92.5	1.23	.541
<b>Total Barreiras face ao Sexo Seguro</b>	86.5	85.9	88.7	.107	.948
Baixa percepção de risco	88.9	81.5	90.9	1.61	.447
Atitudes negativas	82.5	83.4	95.2	3.03	.220
Atitudes negativ/parceiro	86.3	91.5	83.0	.917	.632
Baixa A/E Negociação	88.9	84.6	87.7	.296	.863
<b>Práticas Sexuais Seguras Actuais</b>	86.1	84.8	90.2	.446	.800
<b>Utilização do Preservativo nos Últimos 4 Actos Sexuais</b>	86.9	89.1	84.8	.290	.865

Como se apresenta no quadro 39, não se verificam diferenças significativas entre o GC, o GD e o GA, no momento pré-teste, relativamente à auto-eficácia na negociação do preservativo, à percepção de barreiras face ao sexo seguro total e sub-escalas de baixa percepção de risco, de atitudes negativas face ao sexo seguro, atitudes negativas por parte do parceiro e de baixa auto-eficácia face à comunicação com o parceiro, às práticas sexuais seguras actuais, e à utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais.

Pelo que é possível observar nos dados acima descritos, os três grupos (GD, GA e GC) apresentam-se como equivalentes no pré-teste ao nível de todas as variáveis psicossociais estudadas, o que significa que as diferenças observadas no pós-teste e seguimentos dever-se-ão ao efeito das intervenções e não a diferenças prévias entre os grupos nestas variáveis.

## **5.2. Resultados do Teste de Hipóteses**

Este capítulo apresenta os resultados do estudo empírico organizados pelas hipóteses testadas. Antes de testar as hipóteses em estudo, verificou-se se os pressupostos da estatística paramétrica estavam presentes ou não na amostra. Assim, testou-se a normalidade e a homogeneidade de variância. Os resultados do teste *Kolmogorov-Smirnov* demonstraram que, na amostra em estudo, umas variáveis têm distribuição normal e outras têm uma distribuição não normal. Estes resultados orientaram o tratamento do teste de hipóteses, sendo que as variáveis que seguem uma distribuição normal foram testadas recorrendo à estatística paramétrica e as não normais à estatística não paramétrica.

### **5.2.1. Eficácia a Curto Prazo das Intervenções ACCENT e Didáctica, em relação ao Grupo de Controlo**

A Hipótese 1 prevê uma diferença significativa entre o grupo de intervenção ACCENT (intervenção experimental com treino de competências psicossociais), o grupo de intervenção didáctica (ID), e o grupo de controlo (sem intervenção), nos ganhos obtidos do momento de pré-teste para o momento de pós-teste, nas variáveis em estudo, no sentido de melhores resultados para as intervenções preventivas face ao VIH (ACCENT e ID) quando comparadas com o grupo de controlo. Espera-se que o grupo ACCENT e o grupo ID evidenciem ganhos, no sentido de um aumento do bem-estar (diminuição da depressão, aumento da auto-estima), da auto-eficácia geral, e da auto-eficácia na negociação do preservativo, do conhecimento sexual, diminuição na perda de recursos e aumento do suporte social, redução das barreiras face ao sexo seguro e aumento das práticas sexuais seguras e do comportamento sexual seguro (utilização do preservativo de forma consistente e correcta).

No que se refere às variáveis normais, a hipótese foi testada através de testes paramétricos de análises de variância (ANCOVAS e MANCOVAS), tendo como variável independente o “grupo” e como variáveis dependentes as variáveis psicossociais em estudo (e.g. suporte social). Introduziu-se o valor da variável no pré-teste como covariante, para controlar o impacto desta variável nos ganhos obtidos pós intervenção. Cada vez que o efeito “grupo” demonstrou ser significativo ( $p \leq .50$ ), realizaram-se testes *post-hoc* de Bonferroni.

Em relação às variáveis que não seguem uma distribuição normal, recorreremos a testes não paramétricos (teste de *Wilcoxon* para medidas repetidas em 2 momentos e teste *U de Mann-Whitney* para comparação dos grupos ao nível do pós-teste).

Serão apresentados primeiramente os resultados relativos às variáveis com distribuição normal (quadro 40) e posteriormente os resultados referentes às variáveis com distribuição não normal (quadros 41, 42 e 43).

#### Quadro 40

*Resultados das ANCOVAS e MANCOVAS para a Auto-eficácia Geral, Depressão, Auto-Estima, Stress Financeiro, Stress Relacionado com as Condições Domésticas, Conhecimentos acerca do VIH e Suporte Social, tendo como factor o Grupo: Intervenção Didáctica (n=53) ACCENT (n=57) e Grupo de Controlo (n=54).*

Variável Independente (Grupo):	G. ID (n=53)		G. ACCENT (n=57)		G.C (n=54)		F	p
	M	EP	M	EP	M	EP		
<b>Variáveis Dependentes</b>								
<b>Auto-Eficácia Geral</b>	43.7	.560	44.0	.540	43.9	.555	.096	.908
<b>Depressão</b>	13.3	.435	12.1	.419	12.5	.430	1.97	.143
<b>Auto-Estima</b>	18.1	.254	18.0	.245	18.0	.251	.180	.835
<b>COR</b>							294.00 <sup>1</sup>	.000
Stress Financeiro	9.63	.235	8.95	.225	9.00	.247	2.55	.081
Stress C. Domésticas	5.44	.174	4.71	.167	4.97	.183	4.81	.009
<b>Conhecimentos</b>							318.00 <sup>1</sup>	.000
<b>VIH/SIDA</b>	7.90	.110	7.97	.110	7.06	.109	21.7	.000
Conhecimentos Contágio	5.86	.93	5.93	.091	4.82	.093	44.5	.000
Conhecimentos Prevenção								
<b>Suporte Social</b>	6.91	.169	7.33	.159	6.97	.167	1.93	.145

<sup>1</sup>Nota. F multivariado

Os resultados apresentados no quadro 40 evidenciam que há um efeito significativo do Grupo para os valores das variáveis de resultado no pós-teste relativamente à perda de recursos (COR) e ao nível dos conhecimentos acerca do VIH/SIDA. Observa-se um efeito multivariado significativo para o conjunto das subescalas do COR (stress financeiro e condições domésticas) ( $F=294.00$ ,  $p=.000$ ). No entanto, os efeitos univariados só foram significativos para a escala de Condições Domésticas ( $F=4.81$ ,  $p=.009$ ), sendo apenas marginalmente significativos para a subescala Stress Financeiro ( $F=2.55$ ,  $p=.081$ ). Uma análise das médias no pós-teste, e os resultados dos testes *post-hoc* de Bonferroni, indicam que o GD apresenta maior perda

de recursos domésticos do que o GA ( $M(GD)= 9.63$ ,  $M(GA)= 8.95$ ,  $p=.008$ ). Não houve diferenças significativas entre os grupos experimentais e o GC. As médias pós-teste indicam também maior stress a nível financeiro para o GD mas, como seria de esperar, os testes *post-hoc* não foram significativos.

No que se refere aos conhecimentos acerca do VIH/SIDA (transmissão/contágio e prevenção), é possível verificar que também há um efeito multivariado significativo para o conjunto destas subescalas ( $F=318.00$ ,  $p=.000$ ). Os efeitos univariados foram significativos quer para os conhecimentos acerca do contágio/transmissão ( $F=21.7$ ,  $p=.000$ ), quer para os conhecimentos acerca da prevenção ( $F=44.5$ ,  $p=.000$ ). Os resultados dos testes *post-hoc* de Bonferroni revelam que há diferenças significativas entre o GD e GC ( $p=.000$ ), assim como, entre o GA e o GC ( $p=.000$ ) ao nível das duas subescalas. Não se verificam diferenças significativas entre o GD e o GA.

Não se observam diferenças significativas, entre os três grupos, ao nível das variáveis auto-eficácia geral, depressão, auto-estima e suporte social, no pós-teste, controlando os valores destas variáveis no pré-teste.

Os resultados obtidos através dos testes de Wilcoxon (quadros 41, 42 e 43) permitem observar que as mudanças do pré para o pós-teste são significativas para todos os grupos ao nível da auto-eficácia para o uso do preservativo (GD:  $Z= -4.97$ ,  $p=.000$ ; GA:  $Z= -6.28$ ,  $p=.000$ ; GC:  $Z= -4.08$ ,  $p=.000$ ), da percepção de barreiras face ao sexo seguro (total) (GD:  $Z= -2.62$ ,  $p=.009$ ; GA:  $Z= -5.73$ ,  $p=.000$ ; GC:  $Z= -2.18$ ,  $p=.029$ ), da percepção de atitudes do parceiro como negativas (GD:  $Z= -3.15$ ,  $p=.002$ ; GA:  $Z= -5.02$ ,  $p=.000$ ; GC:  $Z= -2.97$ ,  $p=.003$ ) e da percepção de baixa auto-eficácia na comunicação com o parceiro (GD:  $Z= -2.77$ ,  $p=.006$ ; GA:  $Z= -3.56$ ,  $p=.000$ ; GC:  $Z= -2.36$ ,  $p=.019$ ). Assim, à primeira vista, parece que todos os grupos experienciaram mudanças significativas no tempo, ao nível destas variáveis, dos momentos pré para o pós-teste. Para testar a hipótese 1 de forma mais conclusiva, realizaram-se testes adicionais de comparação dos grupos, conforme descrito mais adiante.

Quadro 41

*Resultados dos Testes de Wilcoxon para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para as variáveis não paramétricas de resultado, tendo como factor o tempo: Grupo de Intervenção Didáctica (n=53)*

Variáveis				<i>Mean Rank</i>		<b>Z</b>	<i>p</i>
Dependentes	-	+	=	<i>Negative</i>	<i>Positive</i>		
				<i>Ranks</i>	<i>Ranks</i>		
<b>Auto-eficácia na Negociação do Preservativo</b>	6	41	6	16.0	25.2	-4.97	.000
<b>Total Barreiras face ao Sexo Seguro</b>	26	10	17	19.2	16.8	-2.62	.009
<b>Baixa percepção de risco</b>	9	9	35	11.1	7.9	-.623	.533
<b>Atitudes negativas Sexo seguro</b>	3	10	40	8.0	6.7	-1.54	.124
<b>Atitudes negativ/parceiro</b>	20	4	29	12.9	10.9	-3.15	.002
<b>Baixa A/E Comunicação</b>	16	2	35	9.3	11.5	-2.77	.006
<b>Práticas Sexuais Seguras Actuais</b>	8	20	26	18.0	22.4	-1.90	.000
<b>Utilização do Preservativo nos Últ 4 Actos Sexuais</b>	2	13	38	8.0	8.0	-2.57	.010

Ao nível das práticas sexuais seguras, nos grupos de intervenção as diferenças pre-pós foram significativas, no GC foram apenas marginalmente significativas (GD:  $Z = -1.90$ ,  $p = .000$ ; GA:  $Z = -6.19$ ,  $p = .000$ ; GC:  $Z = -1.89$ ,  $p = .058$ ). No que se refere à variável utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais, as mudanças demonstraram ser significativas para o GA e para o GD, não sendo significativas para o GC (GD:  $Z = -2.57$ ,  $p = .010$ ; GA:  $Z = -3.88$ ,  $p = .000$ ; GC:  $Z = -.862$ ,  $p = .389$ ). Assim, ao nível das variáveis comportamentais, os dados confirmam a hipótese 1.



Quadro 42

*Resultados dos Testes de Wilcoxon para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para as variáveis não paramétricas de resultado, tendo como factor o tempo: Grupo Intervenção ACCENT (n=57)*

Variáveis				Mean Rank		Z	p
Dependentes	-	+	=	Negative Ranks	Positive Ranks		
Auto-eficácia na Negociação do Preservativo	0	52	5	00	26.5	-6.28	.000
Total Barreiras face ao Sexo Seguro	43	2	12	23.8	6.0	-5.73	.000
Baixa percepção de risco	12	3	42	8.5	5.8	-2.44	.015
Atitudes negativas Sexo seguro	16	0	41	8.5	.0	-3.56	.000
Atitudes negativ/parceiro	34	2	21	19.0	9.5	-5.02	.000
Baixa A/E Comunicação	16	0	41	8.5	.0	-3.56	.000
Práticas Sexuais Seguras Actuais	1	50	6	6.5	26.4	-6.19	.000
Utilização do Preservativo nos Últimos 4 Actos Sexuais	2	22	33	7.8	12.9	-3.88	.000

Nas restantes variáveis (ausência de percepção de risco para o sexo seguro e atitudes negativas face o sexo seguro), verificaram-se diferenças significativas apenas ao nível do GA (GD: Z= -.623,  $p=.533$ ; GA: Z= -2.44,  $p=.015$ ; GC: Z= -1.42,  $p=.156$ ; e GD: Z= -1.54,  $p=.124$ ; GA: Z= -3.56,  $p=.000$ ; GC: Z= -.112,  $p=.911$ , respectivamente). Estes dados confirmam a hipótese 1 para o GA, mas não para o GD.

Quadro 43

*Resultados dos Testes de Wilcoxon para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para as variáveis não paramétricas de resultado, tendo como factor o tempo: Grupo de Controlo (n=54)*

Variáveis				Mean Rank		Z	p
Dependentes	-	+	=	Negative Ranks	Positive Ranks		
Auto-eficácia na Negociação do Preservativo	7	31	16	12.9	21.0	-4.08	.000
Total Barreiras face ao Sexo Seguro	25	13	16	20.7	17.1	-2.18	.029
Baixa percepção de risco	8	9	37	5.9	11.8	-1.42	.156
Atitudes negativas Sexo seguro	7	11	36	12.6	7.6	-.112	.911
Atitudes negativ/parceiro	20	7	27	15.5	9.9	-2.97	.003
Baixa A/E Comunicação	9	2	43	6.6	3.5	-2.36	.019
Práticas Sexuais Seguras Actuais	8	20	26	15.7	14.0	-1.89	.058
Utilização do Preservativo nos Últimos 4 Actos Sexuais	3	5	46	4.0	4.8	-.862	.389

Nas variáveis em que as mudanças no tempo foram significativas para todos os grupos, realizaram-se análises adicionais de comparação dos dois grupos experimentais com o grupo de controlo, ao nível dos valores do pós-teste, utilizando-se o teste *U de Mann-Whitney*. Verificaram-se diferenças significativas entre o GD e o GC no pós-teste, apenas ao nível das práticas sexuais seguras actuais. Já no que se refere à comparação entre o GA e o GC, verificam-se diferenças significativas ao nível da percepção de barreiras para o sexo seguro (total) ( $Z = -3.42$ ,  $p = .001$ ), da percepção de baixa auto-eficácia na comunicação com o parceiro ( $Z = -2.81$ ,  $p = .005$ ), e das práticas sexuais seguras actuais ( $Z = -4.63$ ,  $p = .000$ ). Não houve diferenças significativas entre o GA, GD, e o GC, nas variáveis auto-eficácia para o uso do preservativo ( $Z = -1.038$ ,  $p = .299$ ;  $Z = -1.215$ ,  $p = .224$ , respectivamente), e percepção de atitudes do parceiro como negativas ( $Z = 1.088$ ,  $p = .276$ ;  $Z = -.639$ ,  $p = .523$ , respectivamente). No entanto, uma análise qualitativa das mudanças observadas do pré para o pós-teste, nos dois grupos

experimentais, especialmente o GA, ao nível da auto-eficácia para o uso do preservativo, mostra um maior número de mulheres a aumentar a auto-eficácia (número de +, quadros 41 e 42), do que para o GC, em que não houve mudanças desejáveis em cerca de um terço do grupo. O mesmo acontece para o GA no que se refere às atitudes do parceiro como negativas, com mais de metade da amostra a diminuir esta percepção.

Em suma, a hipótese 1 confirmou-se para grande parte das variáveis de resultado estudadas, principalmente para o Grupo ACCENT. Em termos de variáveis comportamentais, confirmou-se a hipótese ao nível da utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais (com superioridade para o GA) e das práticas sexuais seguras actuais. Ou seja, ambos os grupos experimentais obtiveram mudanças significativas ao nível destas duas variáveis comportamentais, a curto prazo, o que não aconteceu com o GC. No que se refere às variáveis sociais e cognitivas, a hipótese confirmou-se ao nível dos conhecimentos face ao VIH/SIDA (GA e GD), da percepção de barreiras face ao sexo seguro (total) (GA e GD), da percepção de baixa auto-eficácia na comunicação com o parceiro (GA e GD), da baixa percepção de risco (GA), e da percepção de atitudes negativas face ao sexo seguro (GA). No que se refere à grande maioria das variáveis em que a hipótese se confirmou para os dois grupos experimentais, os resultados são superiores para o GA, tal como veremos de seguida na apresentação dos resultados do teste da hipótese 2. A hipótese 1 não se confirmou para a auto-eficácia geral, a depressão, a auto-estima, o stress financeiro e relacionado com as condições domésticas e o suporte social, na medida em que nenhum dos dois grupos experimentais evidenciou diferenças significativas em relação ao grupo de controlo, no momento pós-teste. Ao nível da auto-eficácia para o uso do preservativo, e da percepção de atitudes do parceiro como negativas, verifica-se uma tendência para maiores ganhos nos grupos experimentais do que no GC.

### **5.2.2. Eficácia Relativa a Curto Prazo das Intervenções ACCENT e Didáctica**

A Hipótese 2 previa uma diferença significativa entre o grupo submetido à intervenção ACCENT e o grupo submetido à intervenção didáctica, do momento de pré-teste para o momento de pós-teste, nas variáveis psicossociais e comportamentais de resultado em estudo, esperando-se melhores resultados para o grupo submetido à intervenção ACCENT. Assim, esperava-se que o grupo ACCENT obtivesse melhores resultados do que o grupo Didáctica ao nível das variáveis de resultado que, no decorrer

do teste da H1, evidenciaram ganhos nos grupos experimentais e não no GC. Estas variáveis são os conhecimentos acerca do VIH/SIDA, a percepção de barreiras (total), a percepção de baixa auto-eficácia na comunicação com o parceiro, a baixa percepção de risco, a percepção de atitudes negativas face ao sexo seguro, as práticas sexuais seguras actuais, e a utilização do preservativos nos últimos quatro actos sexuais. Incluíram-se ainda as variáveis auto-eficácia na negociação do preservativo e percepção de atitudes negativas do parceiro, devido aos ganhos superiores observados em relação ao GC.

Tal como aconteceu no teste da hipótese 1, no que toca às variáveis com distribuição normal, a hipótese 2 foi testada recorrendo a testes paramétricos de análises de variância (ANCOVAS e MANCOVAS), tendo como variáveis dependentes as variáveis de resultado (e.g. conhecimentos), e como variável independente o “grupo”, sendo que o valor da variável no pré-teste constou como covariante. No que toca às variáveis não normais, assim como na hipótese 1, recorreremos a testes não paramétricos (teste de *Wilcoxon* para medidas repetidas em 2 momentos e teste *U de Mann-Whitney* para comparação dos grupos ao nível do pós-teste).

Mais uma vez, serão primeiro apresentados os resultados relativos às variáveis com distribuição normal e, posteriormente, os referentes às variáveis que seguem uma distribuição não normal.

#### Quadro 44

*Resultados das MANCOVAS para as subescalas dos Conhecimentos acerca do VIH, no pós-teste, tendo como factor o Grupo: Intervenção Didáctica (n=53) e Intervenção ACCENT (n=57)*

Variável Independente (Grupo):	G. ID (n=53)		G. ACCENT (n=57)		F	p
	M	EP	M	EP		
<b>Variáveis Dependentes</b>						
<b>Conhecimentos VIH/SIDA</b>					105.00 <sup>1</sup>	.328
Conhecimentos Contágio	7.9	.037	8.0	.036	2.17	.144
Conhecimentos Prevenção	5.9	.061	5.9	.059	.54	.464

<sup>1</sup>Nota. F multivariado

Tal como se pode observar no quadro 44, não se verificam diferenças significativas, entre os dois grupos de intervenção, ao nível da variável de conhecimentos face ao VIH/SIDA (contágio/transmissão e prevenção), não se comprovando a H2.

Quadro 45

*Resultados dos Testes de Wilcoxon para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para as variáveis não paramétricas de resultado, tendo como factor o tempo: Grupo de Intervenção Didáctica (n=53)*

Variáveis				Mean Rank		Z	p
Dependentes	-	+	=	Negative Ranks	Positive Ranks		
Auto-eficácia na Negociação do Preservativo	6	41	6	16.0	25.2	-4.97	.000
Total Barreiras face ao Sexo Seguro	26	10	17	19.2	16.8	-2.62	.009
Baixa percepção de risco	9	9	35	11.1	7.9	-.623	.533
Atitudes negativas Sexo seguro	3	10	40	8.0	6.7	-1.54	.124
Atitudes negativ/parceiro	20	4	29	12.9	10.9	-3.15	.002
Baixa A/E Comunicação	16	2	35	9.3	11.5	-2.77	.006
Práticas Sexuais Seguras Actuais	8	20	26	18.0	22.4	-1.90	.000
Utilização do Preservativo nos Últ 4 Actos Sexuais	2	13	38	8.0	8.0	-2.57	.010

Os resultados dos testes de *Wilcoxon* (quadros 45 e 46) permitem verificar que as mudanças do pré-teste para o pós-teste são significativas para o GA e GD no que se refere à auto-eficácia para o uso do preservativo (GD:  $Z = -4.97$ ,  $p = .000$ ; GA:  $Z = -6.28$ ,  $p = .000$ ), percepção de barreiras face ao sexo seguro (total) (GD:  $Z = -2.62$ ,  $p = .009$ ; GA:  $Z = -5.73$ ,  $p = .000$ ), à percepção de atitudes do parceiro como negativas (GD:  $Z = -3.15$ ,  $p = .002$ ; GA:  $Z = -5.02$ ,  $p = .000$ ), à percepção de baixa auto-eficácia na comunicação com o parceiro (GD:  $Z = -2.77$ ,  $p = .006$ ; GA:  $Z = -3.56$ ,  $p = .000$ ), às práticas sexuais seguras (GD:  $Z = -1.90$ ,  $p = .000$ ; GA:  $Z = -6.19$ ,  $p = .000$ ), e à utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais (GD:  $Z = -2.57$ ,  $p = .010$ ; GA:  $Z = -3.88$ ,  $p = .000$ ).

No que se refere às variáveis baixa percepção de risco e percepção de atitudes negativas face ao sexo seguro, verifica-se que, do pré-teste para o pós-teste, as diferenças são significativas apenas para o GA (baixa percepção de risco: GA:  $Z = -2.44$ ,

$p=.015$ , GD:  $Z= -.623$ ,  $p=.533$ ; atitudes negativas face ao sexo seguro: GA:  $Z= -3.56$ ,  $p=.000$ , GD:  $Z= -1.54$ ,  $p=.124$ ).

Na maioria das variáveis de resultado, os resultados no sentido desejado são mais salientes no GA. No entanto, para quantificar melhor esta diferença e no sentido do teste desta hipótese, realizou-se uma comparação dos dois grupos no pós-teste. Estas análises não controlam os valores pré-teste. No entanto, como os grupos eram equivalentes à partida, podemos interpretar as diferenças no pós-teste como diferenças válidas entre grupos.

#### Quadro 46

*Resultados dos Testes de Wilcoxon para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para as variáveis não paramétricas de resultado, tendo como factor o tempo: Grupo Intervenção ACCENT (n=57).*

Variáveis				Mean Rank		Z	p
	-	+	=	Negative	Positive		
				Ranks	Ranks		
Auto-eficácia na Negociação do Preservativo	0	52	5	00	26.5	-6.28	.000
Total Barreiras face ao Sexo Seguro	43	2	12	23.8	6.0	-5.73	.000
Baixa percepção de risco	12	3	42	8.5	5.8	-2.44	.015
Atitudes negativas Sexo seguro	16	0	41	8.5	.0	-3.56	.000
Atitudes negativ/parceiro	34	2	21	19.0	9.5	5.02	.000
Baixa A/E Comunicação	16	0	41	8.5	.0	-3.56	.000
Práticas Sexuais Seguras Actuais	1	50	6	6.5	26.4	-6.19	.000
Utilização do Preservativo nos Últimos 4 Actos Sexuais	2	22	33	7.8	12.9	-3.88	.000

No sentido de avaliar as diferenças entre os GD e o GA no pós-teste, ao nível das variáveis que foram significativas para os dois grupos experimentais, efectuou-se o teste *U de Mann-Whitney*, tendo-se observado que há diferenças significativas ao nível da auto-eficácia para o uso do preservativo ( $Z= -2.47$ ,  $p=.014$ ), da percepção de

barreiras face ao sexo seguro (total) ( $Z = -2.91, p = .004$ ), da percepção de baixa auto-eficácia na comunicação com o parceiro ( $Z = -2.17, p = .030$ ), das práticas sexuais seguras actuais ( $Z = -2.12, p = .034$ ), e da utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais ( $Z = -2.41, p = .016$ ), com melhores resultados para o GA. Ao nível da percepção de atitudes do parceiro como negativas face ao sexo seguro, verifica-se uma tendência de significância ( $Z = -1.88, p = .061$ ).

Em suma, a Hipótese 2, ou seja, a superioridade da IA em relação à ID, confirmou-se ao nível de todas as variáveis de resultado com ganhos a curto prazo: auto-eficácia para o uso do preservativo, percepção de barreiras (total), percepção de baixa auto-eficácia na comunicação com o parceiro, baixa percepção de risco, percepção de atitudes negativas face ao sexo seguro, percepção de atitudes do parceiro como negativas face ao sexo seguro, práticas sexuais seguras actuais, e utilização do preservativos nos últimos quatro actos sexuais. No que se refere aos conhecimentos acerca do VIH/SIDA, os ganhos foram equivalentes para ambos os grupos experimentais.

### **5.2.3. Efeitos a Médio Prazo das Intervenções Didáctica e ACCENT, em Comparação com o Grupo de Controlo**

A hipótese 3 previa que os ganhos obtidos ao nível das variáveis de resultado, no Grupo de intervenção ACCENT e no Grupo de intervenção Didáctica, se mantivessem ao longo do tempo nos seguimentos de 1 e 3 meses. Por isso, daremos ênfase às variáveis de resultado que obtiveram ganhos significativos no M2 e que demonstraram ganhos ao longo do tempo.

No que se refere às variáveis com distribuição normal, esta hipótese foi testada através de testes paramétricos para medidas repetidas (ANCOVAs), tendo como covariante o momento 1 de avaliação, e o grupo e tempo (todos os restantes momentos de avaliação) como factores. Focaremos os efeitos Tempo X Grupo que indicam se há diferenças no perfil temporal dos grupos ao longo dos M2-M4. Relativamente às variáveis não normais, estas foram avaliadas através de testes não paramétricos (teste de *Friedman* para medidas repetidas, e teste *U de Mann-Whitney* para comparação dos grupos ao nível dos momentos 3 e 4). Apresentaremos primeiramente os resultados relativos às variáveis com distribuição normal e, posteriormente, os referentes às variáveis não normais.

Tal como se pode verificar no quadro 47, há um efeito significativo da interacção Tempo X Grupo ao nível das variáveis de *conhecimentos relativamente ao VIH/SIDA, ao nível das duas subescalas*. Verificaram-se efeitos significativos Tempo X Grupo para as duas subescalas, indicando perfis temporais diferentes para os três grupos. Na generalidade, verifica-se uma manutenção no tempo, dos ganhos do pós-teste, para os dois grupos experimentais. No GC, embora haja alguma flutuação no tempo dos valores desde o pós-teste, estes nunca se aproximam dos resultados do GD ou do GA. Também se confirmaram os efeitos de Grupo indicando superioridade na média dos três momentos para os dois grupos experimentais relativamente ao GC. Em termos dos *conhecimentos acerca do contágio*, verificam-se resultados significativos na interacção Tempo X Grupo ( $F=3.014$ ;  $p=.018$ ) e no efeito do Grupo ( $F=16.516$ ,  $p=.018$ ). No que toca aos *conhecimentos acerca da prevenção*, observa-se que também há um efeito significativo da interacção Tempo X Grupo ( $F=4.305$ ;  $p=.002$ ) e um efeito do Grupo ( $F=40.355$ ;  $p=.000$ ). De facto, em ambas as intervenções, os conhecimentos acerca do contágio mantiveram-se do pós-teste para os seguimentos (GD:  $M2=7.90$ ,  $M4=7.90$ ; GA:  $M2=7.99$ ,  $M4=7.99$ ). No GC também se verifica um ligeiro aumento destes conhecimentos mas apenas aos 3 meses, embora não se aproxime dos grupos de intervenção (GC:  $M2=4.82$ ,  $M3=4.84$ ,  $M4=5.12$ ).

No que se refere ao *suporte social*, também se verifica um efeito significativo da interacção Tempo X Grupo ( $F=2.793$ ;  $p=.027$ ). De facto, observa-se um percurso no tempo diferente para os três grupos. No GA, não se tinham observado ganhos significativos no pós-teste. No entanto, verifica-se que os valores aumentam após o pós-teste e mantêm-se até ao M4 ( $M2=7.33$ ,  $M3=7.46$ ,  $M4=7.45$ ). O mesmo acontece com o GC ( $M2=6.98$ ,  $M3=7.13$ ,  $M4=7.19$ ). No entanto, é de realçar que os valores médios do GA são mais elevados, verificando-se um efeito Grupo ( $F=3.291$ ;  $p=.040$ ), com superioridade do GA. No GD os valores de suporte social diminuem ligeiramente do pós-teste para os seguimentos ( $M2=6.99$ ,  $M3=6.72$ ,  $M4=6.66$ ).



Quadro 47

*Resultados das ANCOVAS para medidas repetidas ao nível dos Conhecimentos acerca do VIH e Suporte Social, nos M2 a M4, tendo como factores o Grupo (Intervenção Didáctica, n=48; ACCENT, n=52; Grupo de Controlo, n=50) e o Tempo, e como covariante o momento 1 de avaliação*

Variável Independente (Grupo):	G.D (n=48)		G. ACCENT (n=52)		G. CONTROLO (n=50)		F	p
	M	EP	M	EP	M	EP		
<b>Variáveis Dependentes</b>								
<b>Conhecimentos</b>								
<b>Conhecimentos Contágio</b>								
<i>Grupo</i>	7.92	.106	7.96	.102	7.21	.104	16.416	.000
<i>TempoXGrupo</i>							3.014	.018
Pós-Teste	7.90	.115	7.99	.110	7.09	.112		
Seg. 1 mês	7.92	.119	7.89	.115	7.19	.117		
Seg. 3 meses	7.90	.107	7.99	.103	7.36	.105		
<b>Conhecimentos Prevenção</b>								
<i>Grupo</i>	5.84	.091	5.96	.088	4.93	.089	40.355	.000
<i>TempoXGrupo</i>							4.305	.002
Pós-Teste	5.87	.101	5.93	.097	4.82	.099		
Seg. 1 mês	5.82	.104	5.99	.100	4.84	.102		
Seg. 3 meses	5.83	.099	5.97	.095	5.12	.097		
<b>Suporte Social</b>								
<i>Grupo</i>	6.79	.175	7.41	.168	7.10	.178	3.291	.040
<i>TempoXGrupo</i>							2.793	.027
Pós-Teste	6.99	.176	7.33	.168	6.98	.178		
Seg. 1 mês	6.72	.196	7.46	.187	7.13	.199		
Seg. 3 meses	6.66	.199	7.45	.191	7.19	.202		

Tal como é possível verificar no quadro que se segue, há diferenças significativas ( $p=.000$ ) ao longo do tempo para os três grupos em estudo, no que se refere à variável *auto-eficácia na negociação do preservativo*, tal como se tinha verificado no pós-teste. Nos grupos de intervenção, observa-se a esperada manutenção dos ganhos obtidos no pós-teste, nos seguimentos de 1 e 3 meses, com maior estabilidade dos ganhos no GA. No grupo de controlo, também há um ligeiro aumento do pré para o pós-teste, com um perfil no tempo semelhante ao da ID. No entanto, é de realçar que os valores médios do GA são especialmente elevados, quando comparados com os restantes grupos (20.62 no M1 para 27.51 no M4), indicando superioridade desta intervenção quer no pós-teste, quer na manutenção destes ganhos.

Quadro 48

*Resultados dos Testes de Friedman para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 1 e 3 meses) para o grupo de Intervenção Didáctica (n=48) ACCENT (n=52) e de Controlo (n=50): Auto-Eficácia na Negociação do Preservativo*

<b>Auto-eficácia na Negociação do Preservativo</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
<b>Didáctica</b>				25.870	.000
Pré-Teste	1.97	19.35	12.95		
Pós-Teste	3.13	22.67	12.60		
Seg. 1 mês	2.67	22.08	12.65		
Seg. 3 meses	2.28	21.21	12.57		
<b>ACCENT</b>				72.866	.000
Pré-Teste	1.30	20.62	13.37		
Pós-Teste	3.02	27.05	11.68		
Seg. 1 mês	2.96	27.35	11.64		
Seg. 3 meses	2.72	27.51	12.55		
<b>Controlo</b>				22.023	.000
Pré-Teste	1.90	22.14	14.98		
Pós-Teste	2.92	24.58	14.79		
Seg. 1 mês	2.71	23.82	14.85		
Seg. 3 meses	2.47	23.96	14.35		

Os resultados dos testes *U de Mann-Whitney*, passíveis de verificar diferenças entre os grupos, demonstram que há diferenças significativas entre o GA e o GD ao nível da auto-eficácia para o uso do preservativo no seguimento 1 (1 mês após a intervenção) ( $Z = -2.566$ ,  $p = .010$ ) e no seguimento 2 (3 meses após a intervenção), com valores mais elevados para o GA ( $Z = -2.502$ ,  $p = .012$ ). Não se verifica significância estatística, ao nível da auto-eficácia para o uso do preservativo, na comparação do GA e do GC, quer no momento 3 quer no 4 ( $Z = -1.486$ ,  $p = .137$ ;  $Z = -1.248$ ,  $p = .212$ , respectivamente). No entanto, o perfil do GA continua a ser diferente dos outros dois grupos, uma vez que o ponto de partida do GC foi de maior auto-eficácia, não se verificando os ganhos observados no GA nem a sua estabilidade no tempo.

Quadro 49

*Resultados dos Testes de Friedman para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 1 e 3 meses) para o grupo de Intervenção Didáctica (n=48), ACCENT (n=52) e de Controlo (n=50): Percepção de Barreiras face ao Sexo Seguro (Total)*

<b>Barreiras face ao Sexo Seguro</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
<b>Didáctica</b>				4.049	.256
Pré-Teste	2.76	16.63	4.42		
Pós-Teste	2.33	15.75	4.13		
Seg. 1 mês	2.43	15.75	4.37		
Seg. 3 meses	2.48	15.71	4.16		
<b>ACCENT</b>				55.000	.000
Pré-Teste	3.47	17.06	4.47		
Pós-Teste	2.14	13.90	3.40		
Seg. 1 mês	2.09	13.60	3.71		
Seg. 3 meses	2.30	13.56	3.83		
<b>Controlo</b>				6.084	.108
Pré-Teste	2.70	17.10	4.80		
Pós-Teste	2.31	16.54	4.27		
Seg. 1 mês	2.29	16.48	4.32		
Seg. 3 meses	2.70	16.84	4.33		

Em relação à variável *percepção de barreiras face ao sexo seguro* (total) (quadro 49), os resultados dos testes de *Friedman* revelam que existem diferenças significativas ao longo do tempo no G.A ( $p=.000$ ), mas não no GD ( $p=.256$ ) e no GC ( $p=.108$ ). Mais uma vez, verifica-se uma manutenção no tempo dos ganhos obtidos pela intervenção ACCENT ao nível desta variável cognitiva/atitudeal (17.06; 13.90; 13.60; 13.56). O GD também manteve os ganhos obtidos no pós-teste mas estes ganhos são muito inferiores aos do GA, quer no M3 (13.60 vs. 15.75), quer no M4 (13.56 vs. 15.7). Os ganhos obtidos no GC foram comparáveis aos da ID, mas esbateram-se mais com o tempo, havendo uma aproximação no M4 aos valores do pré-teste.

Quadro 50

*Resultados dos Testes de Friedman para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 1 e 3 meses) para o grupo de Intervenção Didáctica (n=48) ACCENT (n=52) e de Controlo (n=50): Ausência de Percepção de Risco*

<b>Baixa Percepção de Risco</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
<b>Didáctica</b>				1.539	.673
Pré-Teste	2.42	4.15	1.90		
Pós-teste	2.53	4.04	1.92		
Seg. 1 mês	2.60	4.25	2.19		
Seg. 3 meses	2.45	4.00	1.94		
<b>ACCENT</b>				7.773	.051
Pré-Teste	2.68	4.31	2.67		
Pós-teste	2.37	3.79	2.02		
Seg. 1 mês	2.48	3.79	2.17		
Seg. 3 meses	2.47	3.63	1.85		
<b>Controlo</b>				1.448	.694
Pré-Teste	2.40	4.42	2.21		
Pós-teste	2.49	4.60	2.12		
Seg. 1 mês	2.50	4.58	2.29		
Seg. 3 meses	2.61	4.62	2.10		

Relativamente à *baixa percepção de risco*, os resultados dos testes de *Friedman* confirmam os dados da H1, na medida em que não houve ganhos significativos a este nível quer na ID quer no GC. Com efeito, não existem diferenças significativas ao longo do tempo no GD ( $p=.673$ ) e no GC ( $p=.694$ ). Em contraste, os efeitos da intervenção ACCENT ao nível do aumento da percepção de risco sexual, mantêm-se ao longo do tempo, embora haja alguma tendência de perda deste ganho no tempo ( $p=.051$ ).

Quadro 51

*Resultados dos Testes de Friedman para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 1 e 3 meses) para o grupo de Intervenção Didáctica (n=48), ACCENT (n=52) e de Controlo (n=50): Percepção de Atitudes Negativas face ao Sexo Seguro*

<b>Atitudes Negativas Sexo Seguro</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
<b>Didáctica</b>				4.517	.211
Pré-Teste	2.34	2.90	1.49		
Pós-teste	2.50	3.08	1.82		
Seg. 1 mês	2.48	3.08	1.91		
Seg. 3 meses	2.68	3.25	1.09		
<b>ACCENT</b>				26.349	.000
Pré-Teste	2.92	3.17	1.70		
Pós-teste	2.41	2.54	1.13		
Seg. 1 mês	2.29	2.42	1.14		
Seg. 3 meses	2.38	2.52	1.36		
<b>Controlo</b>				4.142	.247
Pré-Teste	2.42	3.62	2.17		
Pós-teste	2.42	3.58	2.20		
Seg. 1 mês	2.46	3.70	2.22		
Seg. 3 meses	2.70	3.88	2.52		

Em relação à variável *percepção de atitudes negativas face ao sexo seguro*, os resultados dos testes de *Friedman* foram significativos para o GA ( $p=.000$ ) (quadro 51), mas não para o GC ( $p=.247$ ) e GD ( $p=.211$ ). Comparando os valores médios para os quatro momentos, no GA, verifica-se uma diminuição gradual da percepção de atitudes negativas face ao sexo seguro no pós-teste e seguimento de um mês, que tende a manter-se aos três meses (3.17; 2.54; 2.42; 2.52). Em contraste, há um ligeiro aumento, (embora não significativo) destas atitudes negativas nos outros dois grupos, os quais já não tinham evidenciado ganhos no pós-teste.

Quadro 52

*Resultados dos Testes de Friedman para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 1 e 3 meses) para o grupo de Intervenção Didáctica (n=48), ACCENT (n=52) e de Controlo (n=50): Percepção de Atitudes do Parceiro como Negativas*

Atitudes Negativ/parceiro	Mean Rank	M	DP	$\chi^2$	p
<b>Didáctica</b>				13.465	.004
Pré-Teste	2.89	5.52	2.27		
Pós-teste	2.38	5.06	2.11		
Seg. 1 mês	2.16	4.92	2.13		
Seg. 3 meses	2.58	5.19	2.34		
<b>ACCENT</b>				35.721	.000
Pré-Teste	3.21	5.81	2.37		
Pós-teste	2.18	4.38	2.11		
Seg. 1 mês	2.27	4.29	2.18		
Seg. 3 meses	2.34	4.27	2.41		
<b>Controlo</b>				6.803	.078
Pré-Teste	2.73	5.16	2.36		
Pós-teste	2.25	4.78	2.11		
Seg. 1 mês	2.41	4.92	2.27		
Seg. 3 meses	2.61	5.12	2.12		

Relativamente à *percepção de atitudes do parceiro como negativas* (quadro 52), os resultados do teste de *Friedman* revelam que existem diferenças significativas ao longo do tempo no GA ( $p=.000$ ) e no GD ( $p=.004$ ), mas apenas marginalmente significativas no GC ( $p=.078$ ). No GD, verifica-se que os ganhos obtidos no pós-teste se mantêm no tempo. Em contraste, no GC, os ganhos obtidos no pós-teste são de pouca duração, uma vez que os valores aos 3 meses se aproximam da *baseline*. No GA, verifica-se um perfil diferente dos outros dois grupos, com um potenciar dos ganhos no tempo. Além disso, quando comparados os dois grupos de intervenção no seguimento de 3 meses, verifica-se uma significativa superioridade do GA no que se refere à diminuição de percepção de atitudes do parceiro como negativas ( $Z=-1.950$ ,  $p=.051$ ).

### Quadro 53

*Resultados dos Testes de Friedman para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 1 e 3 meses) para o grupo de Intervenção Didáctica (n=48) ACCENT (n=52) e de Controlo (n=50): Percepção de Baixa Auto-Eficácia na Comunicação com o Parceiro*

Baixa A/E Negociação	Mean Rank	M	DP	$\chi^2$	p
<b>Didáctica</b>				17.607	.001
Pré-Teste	2.89	4.06	1.60		
Pós-teste	2.45	3.56	1.00		
Seg. 1 mês	2.50	3.50	.88		
Seg. 3 meses	2.17	3.27	.54		
<b>ACCENT</b>				30.388	.000
Pré-Teste	2.95	3.77	1.28		
Pós-teste	2.38	3.19	.49		
Seg. 1 mês	2.31	3.10	.30		
Seg. 3 meses	2.36	3.13	.34		
<b>Controlo</b>				22.949	.000
Pré-Teste	2.85	3.90	1.49		
Pós-teste	2.65	3.58	.91		
Seg. 1 mês	2.27	3.28	.61		
Seg. 3 meses	2.23	3.22	.65		

No que se refere à variável *percepção de baixa auto-eficácia na comunicação com o parceiro* (quadro 53), verifica-se que há diferenças significativas no GD ( $p=.001$ ), no GA ( $p=.000$ ) e no GC ( $p=.000$ ). Os valores médios ao nível da percepção de baixa auto-eficácia na negociação/comunicação com o parceiro diminuem do pré para o pós-teste e mantêm-se ao longo do tempo, em todos os grupos, embora se verifique valores ligeiramente inferiores de percepção de barreiras no GA ao nível dos seguimentos 1 e 2. Quando comparados os grupos ao nível dos seguimentos, observa-se que não há diferenças entre o GC e o GD, nem no seguimento de 1 mês, nem no seguimento de 3 meses ( $Z=-1.400$ ,  $p=.162$ ;  $Z=-.874$ ,  $p=.382$ , respectivamente). Quando comparados os GA e GC, também não se verificam diferenças entre os grupos ao nível dos dois seguimentos (M3:  $Z=-1.459$ ,  $p=.144$ ; M4:  $Z=-.398$ ,  $p=.691$ ). Adicionalmente, quando comparados os grupos de intervenção, verifica-se que há diferenças significativas no seguimento de 1 mês ( $Z=-2.769$ ,  $p=.006$ ), com superioridade (menor percepção de barreiras ao nível da auto-eficácia na comunicação) para o GA; não se verificam diferenças entre estes grupos no seguimento de 3 meses ( $Z=-1.293$ ,  $p=.196$ ).

Quadro 54

*Resultados dos Testes de Friedman para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 1 e 3 meses) para o grupo de Intervenção Didáctica (n=48) ACCENT (n=52) e de Controlo (n=50): Práticas Sexuais Seguras Actuais*

Práticas Sexuais Seguras	Mean Rank	M	DP	$\chi^2$	p
<b>Didáctica</b>				27.540	.000
Pré-Teste	1.79	.81	1.07		
Pós-teste	3.05	1.65	1.02		
Seg. 1 mês	2.55	1.35	1.02		
Seg. 3 meses	2.60	1.31	1.07		
<b>ACCENT</b>				68.849	.000
Pré-Teste	1.44	.79	1.11		
Pós-teste	2.98	2.02	.87		
Seg. 1 mês	2.83	1.90	.91		
Seg. 3 meses	2.75	1.90	1.01		
<b>Controlo</b>				2.973	.396
Pré-Teste	2.41	.96	1.16		
Pós-teste	2.66	1.10	1.04		
Seg. 1 mês	2.53	1.00	.97		
Seg. 3 meses	2.40	.94	1.15		

Relativamente às práticas sexuais seguras actuais (quadro 54), os resultados do teste de *Friedman* sugerem que existem diferenças significativas ao longo do tempo no GA ( $p=.000$ ) e no GD ( $p=.000$ ), mas não no GC ( $p=.396$ ). Comparando os valores médios para os quatro momentos, quer no G.A (.79; 2.02; 1.90; 1.90), quer no GD (.81; 1.65; 1.35; 1.31), existe um aumento dos valores das práticas sexuais seguras actuais no tempo, mas estes são mais acentuados no GA, atingindo as práticas sexuais seguras, em média, mais do dobro do pré-teste. Não se verificam mudanças a este nível no GC. Além disso, verifica-se que nos seguimentos, há uma tendência para a redução dos ganhos comportamentais do pós-teste no grupo ID, o que não se verifica no GA. Quando comparados os grupos de intervenção ao nível dos seguimentos de 1 e 3 meses, verificam-se diferenças significativas entre os grupos, com superioridade para o GA ( $Z=-2.609$ ,  $p=.009$ ;  $Z=-2.747$ ,  $p=.006$ , respectivamente).



Quadro 55

*Resultados dos Testes de Friedman para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 1 e 3 meses) para o grupo de Intervenção Didáctica (n=48) ACCENT (n=52) e de Controlo (n=50): Utilização do Preservativo nos últimos 4 Actos Sexuais*

Utilização Preservativo	Mean Rank	M	DP	$\chi^2$	p
<b>Didáctica</b>				11.044	.011
Pré-Teste	2.22	.85	1.37		
Pós-teste	2.61	1.21	1.61		
Seg. 1 mês	2.69	1.35	1.72		
Seg. 3 meses	2.48	1.17	1.67		
<b>ACCENT</b>				28.464	.000
Pré-Teste	1.98	1.00	1.55		
Pós-teste	2.61	1.85	1.76		
Seg. 1 mês	2.69	1.98	1.93		
Seg. 3 meses	2.72	1.98	1.93		
<b>Controlo</b>				3.981	.264
Pré-Teste	2.41	.88	1.49		
Pós-teste	2.51	1.04	1.59		
Seg. 1 mês	2.63	1.16	1.78		
Seg. 3 meses	2.45	.98	1.62		

No que se refere à variável *utilização do preservativo nos últimos 4 actos sexuais*, os resultados dos testes de *Friedman* foram significativos apenas para o GA ( $p=.000$ ) e para o GD ( $p=.010$ ) (quadro 55), mas não para o GC ( $p=.264$ ). Comparando os valores médios para os quatro momentos, no G.A, verifica-se um aumento considerável da utilização do preservativo no pós-teste que se mantém no tempo (1.00, 1.85, 1.98, 1.98). No GD, verifica-se um aumento na utilização do preservativo no pós-teste que não é tão acentuado como no GA, e que se mantém no seguimento de 1 mês. No entanto, aos 3 meses, há alguma perda deste ganho (.85, 1.21, 1.35, 1.17). Os resultados dos testes *U de Mann-Whitney* comprovam que há diferenças significativas entre o GA e o GC no seguimento 1 ( $Z= -1.972$ ,  $p=.049$ ) e no seguimento 2 ( $Z= -2.822$ ,  $p=.005$ ). Tal não acontece quando comparados os GD e o GC (S1:  $Z= -.643$ ,  $p=.520$ ; S2:  $Z= -.688$ ,  $p=.492$ ). Adicionalmente, também se verificam diferenças significativas entre o GA e o GD no seguimento 2 ( $Z= -2.193$ ,  $p=.028$ ), com a GA a apresentar superioridade a médio prazo ao nível da utilização do preservativo.

Em suma, a hipótese 3, que previa a manutenção dos ganhos pós-intervenção, nos dois grupos de intervenção, confirma-se para os conhecimentos acerca da transmissão/contágio, os conhecimentos acerca da prevenção, a percepção de atitudes do parceiro como negativas, as práticas sexuais seguras actuais, e a utilização do preservativo nos últimos 4 actos sexuais. Ao nível destas variáveis, ambos os grupos de intervenção apresentam manutenção dos ganhos a médio prazo, quando comparados com o GC. No entanto, à excepção dos conhecimentos, em que ambas as intervenções demonstram ser igualmente eficazes, verifica-se que nas restantes variáveis, a intervenção ACCENT demonstra ser superior à intervenção Didáctica. No que se refere à percepção de barreiras face ao sexo seguro, à ausência de percepção de risco, e às percepções negativas face ao sexo seguro, a hipótese 3 confirmou-se apenas para o GA. Em relação à auto-eficácia na negociação do preservativo e à percepção de baixa auto-eficácia na comunicação com o parceiro, verificou-se manutenção de ganhos ao longo do tempo nos três grupos, embora os ganhos do GA sejam superiores. O suporte social, que não apresentou ganhos significativos do pré para o pós-teste, apresenta-os a médio prazo, mas apenas para o GA.

### **5.3. Resultados das Análises Exploratórias**

As análises exploratórias têm como objectivo investigar o papel das variáveis psicossociais enquanto correlatos das variáveis comportamentais de risco sexual para o VIH/SIDA (utilização do preservativo e práticas sexuais seguras actuais), na população em estudo. Utilizou-se a amostra total, no pré-teste, devido a estes resultados não serem enviesados pela intervenção e a dimensão da amostra permitir realizar as análises de regressão.

No sentido de verificar quais os correlatos que se associam a comportamentos sexuais de risco, recorreu-se a análises de regressão hierárquica múltipla. As variáveis comportamentais, práticas sexuais seguras e utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais, entraram como variáveis de resultado. As variáveis seleccionadas para estas análises foram aquelas que apresentaram correlações significativas com as variáveis de resultado (ver Quadro 56), com a excepção da subescalas das barreiras face ao sexo seguro em que se introduziu o conjunto total das subescalas. Foram também controlados os efeitos de variáveis demográficas que tinham efeitos significativos nas

variáveis de resultado (e.g. idade e estado civil). Assim, no bloco 1, foram introduzidas as variáveis demográficas “idade” e “escolaridade”, e no bloco 2, as variáveis maritais “estado civil” e “converso sobre SIDA com o meu parceiro”. A título exploratório também se analisaram os correlatos da auto-eficácia para o uso do preservativo, dado o impacto desta variável nas variáveis comportamentais.

#### Quadro 56

*Coefficientes de correlação de Spearman entre as Variáveis Psicossociais e as Comportamentais no Pré-Teste (n=173)*

	<b>Práticas Sexuais Seguras Actuais</b>	<b>Utilização do Preservativo</b>	<b>Auto-Eficácia para o Uso do Preservativo</b>
<b>1 Auto-Eficácia Uso Preservativo</b>	.691**	.725**	_____
<b>2. Perda de Recursos (Total)</b>	-.270**	-.331**	-.435**
<b>3. Stress Financeiro</b>	-.227**	-.283**	-.380**
<b>4. Stress C. Domésticas</b>	-.283**	-.308**	-.433**
<b>5. Depressão</b>	.052	.027	.056
<b>6. Auto-Eficácia Geral</b>	.444**	.438**	.551**
<b>7. Conhecimentos (Total)</b>	.295**	.274**	.440**
<b>8. Conhecimentos Contágio</b>	.287**	.261**	.402**
<b>9. Conhecimentos Prevenção</b>	.242**	.226**	.381**
<b>10. Uso Preservativo</b>	.758**	_____	.725**
<b>11. Percepção de Barreiras (Total)</b>	-.427**	-.562**	-.529**
<b>12. Ausência de Percepção de Risco</b>	.080	-.094	-.015
<b>13. Percepção Atitudes Negativas face ao Sexo Seguro</b>	-.221**	-.315**	-.162*
<b>14. Percepção de Atitudes do Parceiro como Negativas</b>	-.623**	-.625**	-.676**
<b>15. Percepção de Baixa Auto-Eficácia na Comunicação</b>	-.353**	-.400**	-.557**
<b>16. Auto-Estima</b>	.136	.054	.015

<b>17. Suporte Social</b>	.192*	.204**	.299**
<b>18. Práticas Sexuais Seguras Actuais</b>	———	.758**	.691**

\* $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

No bloco 3, entraram as variáveis psicossociais (e.g. auto-eficácia uso do preservativo). Passaremos a apresentar primeiramente os resultados relativos aos correlatos da variável *práticas sexuais seguras actuais* (intenção de compra e compra de preservativos), e posteriormente os correlatos da *utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais*. Adicionalmente, apresentaremos os resultados relativos aos correlatos da *auto-eficácia para o uso do preservativo* por se ter apurado que esta variável é o correlato mais importante dos comportamentos sexuais seguros, podendo ser considerada igualmente uma variável de resultado importante.

No que se refere à variável de resultado *práticas sexuais seguras actuais*, observa-se que as variáveis demográficas explicam 16.1% da variância ( $\Delta F=16.309$ ;  $p=.000$ ) e as variáveis maritais “estado civil” e “conversar sobre SIDA com o parceiro”, explicam 22.3% da variância adicional ( $\Delta F=30.365$ ;  $p=.000$ ) desta variável comportamental. Verifica-se que quanto menor a idade ( $t=-3.648$ ;  $p=.000$ ) e quanto maior a escolaridade (mais de seis anos de escolaridade) ( $t=2.884$ ;  $p=.004$ ), maior é o nível de práticas sexuais seguras actuais. Adicionalmente, observa-se que as mulheres solteiras ou que vivem sem companheiro ( $t=-5.243$ ;  $p=.000$ ), e que conversam sobre SIDA com os parceiros ( $t=4.780$ ;  $p=.000$ ), são aquelas em que se verifica um maior nível de práticas sexuais seguras actuais. No entanto, no modelo final, apenas os contributos da idade e estado civil se mantêm significativos, o que indica alguma variância partilhada com as outras variáveis dos passos 2 e 3. Isto acontece especialmente entre a variável “conversa com o parceiro” e a auto-eficácia na negociação do preservativo ( $r=.38$ ).

Quadro 57

*Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Idade, Escolaridade, Estado Civil, Conversa com o Parceiro sobre SIDA, e Auto-Eficácia para o Uso do Preservativo, como Correlatos das Práticas Sexuais Seguras, no Pré-teste (n=173)*

RESULTADO/CORRELATOS	$\Delta R^2$	$\Delta F$	$\beta$	$t$
<b><i>Práticas Sexuais Seguras</i></b>				
<i>Passo 1</i>	.161	16.309***		
Idade			-.273	-3.648***
Escolaridade			.216	2.884**
<i>Passo 2</i>	.223	30.356***		
Estado Civil			-.336	-5.243***
Conversar sobre SIDA com o Parceiro			.315	4.780***
<i>Passo 3</i>	.117	39.141***		
Auto-Eficácia na Negociação do Preservativo			.482	6.256***
$R^2 = .501$ ; $R^2_{Ajustado} = .486$				

$ns > .10$ .  $^+p < .10$ .  $*p \leq .05$ .  $**p \leq .01$ .  $***p \leq .001$ .

No que se refere às variáveis psicossociais, tal como se pode observar no quadro 57, os resultados revelam que a *auto-eficácia na negociação do preservativo* explica 11.7% da variância adicional ao nível das práticas sexuais seguras ( $\Delta F=39.141$ ;  $p=000$ ), sendo o correlato mais importante neste modelo. Maiores níveis de auto-eficácia para o uso do preservativo associam-se a um maior nível de práticas sexuais seguras ( $sr=.44$ ). O modelo global explica 50.1% da variância das práticas sexuais seguras actuais.

Os resultados da regressão hierárquica múltipla para a *percepção de barreiras face ao sexo seguro* (total) como preditor no passo 3, revelam que esta variável explica 3.1% da variância adicional nas práticas sexuais seguras ( $\Delta F=8.915$ ;  $p=.003$ ) (quadro 58). Quanto maior a percepção de barreiras, menor o relato de práticas sexuais seguras ( $sr=-.23$ ). O modelo global explica 41.5% da variância das práticas sexuais seguras actuais.

Quadro 58

*Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Idade, Escolaridade, Estado Civil, Conversa com o Parceiro sobre SIDA, e Percepção de Barreiras para o Sexo Seguro (Total), como Correlatos das Práticas Sexuais Seguras, no Pré-teste (n=173)*

RESULTADO/CORRELATOS	$\Delta R^2$	$\Delta F$	$\beta$	$t$
<b><i>Práticas Sexuais Seguras</i></b>				
<i>Passo 1</i>	.161	16.309***		
Idade			-.273	-3.648***
Escolaridade			.216	2.884**
<i>Passo 2</i>	.223	30.356***		
Estado Civil			-.336	-5.243***
Conversar sobre SIDA com o Parceiro			.315	4.780***
<i>Passo 3</i>	.031	8.915**		
Percepção de Barreiras (Total)			-.207	-2.986**
$R^2 = .415$ ; $R^2_{Ajustado} = .397$				

*ns* >.10. <sup>+</sup>*p* <.10. \**p* ≤ .05. \*\**p* ≤ .01. \*\*\**p* ≤ .001.

No que se refere ao conjunto das subescalas de percepção de barreiras face ao sexo seguro (percepção de ausência de risco, percepção de atitudes negativas face ao sexo seguro, percepção de atitudes do parceiro como negativas, percepção de baixa auto-eficácia na comunicação), este explica 14.3% de variância adicional (passo 3) das práticas sexuais seguras ( $\Delta F=12.817$ ;  $p=.000$ ) (quadro 59). Mais especificamente, verifica-se que a ausência de percepção de risco é um correlato marginalmente significativo ( $t=-1.801$ ;  $p=.074$ ), a percepção de atitudes do parceiro como negativas é um correlato significativo ( $t=-6.165$ ;  $p=.000$ ), e a percepção de baixa auto-eficácia na comunicação com o parceiro é um correlato marginalmente significativo ( $t=-1.707$ ;  $p=.090$ ) das práticas sexuais seguras actuais. Quanto menor é o auto-relato destes diferentes tipos de percepção de barreiras, maior é o valor das práticas sexuais seguras actuais (intenção e compra do preservativo). A percepção de atitudes do parceiro como negativas é o correlato mais importante ( $sr=-.43$ ). A percepção de atitudes negativas face ao sexo seguro não foi um correlato significativo. O modelo global explica 53% da variância das práticas sexuais seguras actuais, tal como se pode verificar no quadro 59.

Quadro 59

*Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Idade, Escolaridade, Estado Civil, Conversa com o Parceiro sobre SIDA, e as Sub-Escalas de Percepção de Barreiras Face ao Sexo Seguro, como Correlatos das Práticas Sexuais Seguras, no Pré-teste (n=173)*

RESULTADO/CORRELATOS	$\Delta R^2$	$\Delta F$	$\beta$	$t$
<b><i>Práticas Sexuais Seguras</i></b>				
<i>Passo 1</i>	.161	16.309***		
Idade			-.273	-3.648***
Escolaridade			.216	2.884**
<i>Passo 2</i>	.223	30.356***		
Estado Civil			-.336	-5.243***
Conversar sobre SIDA com o Parceiro			.315	4.780***
<i>Passo 3</i>	.143	12.817***		
Percepção de Ausência de Risco			-.207	-1.801 <sup>+</sup>
Percepção de Atitudes Negativas face ao Sexo Seguro			-.080	-1.398
Percepção de Atitudes do Parceiro como Negativas			-.396	-6.165***
Percepção de Baixa Auto- Eficácia na Comunicação			-.113	-1.707 <sup>+</sup>
$R^2 = .530$ ; $R^2_{Ajustado} = .508$				

ns >.10. <sup>+</sup>p < .10. \*p ≤ .05. \*\*p ≤ .01. \*\*\*p ≤ .001.

Outras variáveis psicossociais foram analisadas enquanto possíveis correlatos das práticas sexuais seguras, tendo-se verificado que apresentam valores não significativos. Estas variáveis foram a auto-eficácia geral ( $\Delta R^2=.013$ ;  $\Delta F=3.731$ ,  $p=.055$ ), percepção de perda de recursos (total) ( $\Delta R^2=.002$ ;  $\Delta F=.513$ ,  $p=.475$ ), o conjunto de sub-escalas de stress financeiro e de stress relacionado com as condições domésticas ( $\Delta R^2=.003$ ;  $\Delta F=.383$ ,  $p=.682$ ), os conhecimentos acerca do VIH/SIDA (total) ( $\Delta R^2=.001$ ;  $\Delta F=.269$ ,  $p=.605$ ), e conjunto de sub-escalas de conhecimentos acerca do contágio e dos conhecimentos acerca da prevenção ( $\Delta R^2=.001$ ;  $\Delta F=.158$ ,  $p=.854$ ).

Quadro 60

*Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Idade, Escolaridade, Estado Civil, Conversa com o Parceiro sobre SIDA, e Auto-Eficácia para o Uso do Preservativo, como Correlatos da Utilização do Preservativo nos Últimos 4 Actos Sexuais, no Pré-Teste (n=173)*

RESULTADO/CORRELATOS	$\Delta R^2$	$\Delta F$	$\beta$	$t$
<b>Utilização Preservativo (últimos 4 actos sexuais)</b>				
<i>Passo 1</i>	.145	14.388***		
Idade			-.273	-3.623***
Escolaridade			.187	2.481*
<i>Passo 2</i>	.190	24.007**		
Estado Civil			-.342	-5.134***
Conversar sobre SIDA com o Parceiro			.253	3.705***
<i>Passo 3</i>	.212	78.286***		
Auto-Eficácia na Negociação do Preservativo			.650	8.848***
<b><math>R^2 = .547</math>; <math>R^2_{Ajustado} = .534</math></b>				

ns > .10. <sup>+</sup>p < .10. \*p ≤ .05. \*\*p ≤ .01. \*\*\*p ≤ .001.

Como podemos verificar no quadro anterior, as variáveis demográficas explicam 14.5% da variância ( $\Delta F=14.388$ ;  $p=.000$ ) e as variáveis maritais explicam 19% de variância adicional ( $\Delta F=24.007$ ;  $p=.000$ ) da utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais. Verifica-se que quanto menor a idade ( $t=-3.623$ ;  $p=.000$ ) e quanto maior a escolaridade (mais de seis anos de escolaridade) ( $t=2.481$ ;  $p=.014$ ), maior a utilização do preservativo. Em termos maritais, verifica-se que as solteiras (e a viverem sozinhas) ( $t=-5.134$ ;  $p=.000$ ), e aquelas que conversam sobre SIDA com os parceiros ( $t=3.705$ ;  $p=.000$ ), são as mulheres que mais utilizaram o preservativo nos últimos quatro actos sexuais.

A auto-eficácia na negociação do preservativo explica 21.2% de variância adicional às variáveis demográficas e maritais ( $\Delta F=78.286$ ;  $p=.000$ ). Os resultados indicam que quem apresenta maiores níveis de auto-eficácia para o uso do preservativo, tende a utilizar mais o preservativo no decorrer dos quatro actos sexuais prévios ( $sr=.57$ ). Salienta-se que esta variável é um correlato mais importante que as variáveis demográficas e maritais. O modelo global explica 54.7% da variância da utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais.



Outras variáveis psicossociais foram analisadas, tendo-se verificado que apresentam valores não significativos enquanto correlatos da utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais: percepção de perda de recursos (total) ( $\Delta R^2=.000$ ;  $\Delta F=.097$ ,  $p=.795$ ), percepção de stress financeiro e stress relacionado com as condições domésticas ( $\Delta R^2=.001$ ;  $\Delta F=.122$ ,  $p=.885$ ), conhecimentos acerca do VIH/SIDA (total) ( $\Delta R^2=.002$ ;  $\Delta F=.524$ ,  $p=.470$ ), e conhecimentos acerca da transmissão e da prevenção do VIH ( $\Delta R^2=.002$ ;  $\Delta F=.267$ ,  $p=.766$ ). A variável auto-eficácia apresenta valores marginalmente significativos ( $\Delta R^2=.012$ ;  $\Delta F=3.053$ ,  $p=.082$ ).

Tendo em atenção que a variável cognitiva *auto-eficácia para a negociação do preservativo* encontra-se associada a ambas as variáveis comportamentais (utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais e práticas sexuais seguras actuais), investigou-se quais as variáveis psicossociais que lhe estavam associadas.

Tal como se pode verificar no quadro 61, as variáveis demográficas explicam 19.8% da variância da auto-eficácia para o uso do preservativo ( $\Delta F=20.924$ ;  $p=.000$ ) e as variáveis maritais explicam 30% de variância adicional ( $\Delta F=50.069$ ;  $p=.000$ ).

#### Quadro 61

*Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Idade, Escolaridade, Estado Civil, Conversa com o Parceiro sobre SIDA, e Conhecimentos acerca da Prevenção, como Correlatos da Auto-Eficácia para o Uso do Preservativo, no Pré-teste (n=173)*

RESULTADO/CORRELATOS	$\Delta R^2$	$\Delta F$	$\beta$	$t$
<b>Auto-Eficácia Uso do Preservativo</b>				
<i>Passo 1</i>	.198	20.924***		
Idade			-.228	3.114**
Escolaridade			.312	4.266***
<i>Passo 2</i>	.300	50.069***		
Estado Civil			-.337	-5.817***
Conversar sobre SIDA com o Parceiro			.418	7.025***
<i>Passo 3</i>	.013	4.534*		
Conhecimentos acerca da Prevenção do VIH/SIDA			.131	2.129*
$R^2 = .511$ ; $R^2_{Ajustado} = .496$				

$ns > .10$ .  $^+p < .10$ .  $*p \leq .05$ .  $**p \leq .01$ .  $***p \leq .001$ .

Quanto menor a idade ( $t=-3.114$ ;  $p=.002$ ) e quanto maior a escolaridade (mais de seis anos de escolaridade) ( $t=4.266$ ;  $p=.000$ ), mais elevados os níveis de auto-eficácia

para o uso do preservativo. Em termos maritais, verifica-se que as solteiras (e a viverem sozinhas) ( $t=-5.817$ ;  $p=.000$ ), e aquelas que conversam sobre SIDA com os parceiros ( $t=7.025$ ;  $p=.000$ ), são as mulheres que possuem maiores níveis de auto-eficácia para o uso do preservativo.

Em termos de variáveis psicossociais, os *conhecimentos acerca da prevenção do VIH/SIDA* explicam 1.3% da variância adicional na auto-eficácia para o uso do preservativo. Verifica-se que maiores conhecimentos se associam a maior auto-eficácia para o uso do preservativo ( $sr=.16$ ). O modelo global explica 51.1% da variância da auto-eficácia para o uso do preservativo.

#### Quadro 62

*Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Idade, Escolaridade, Estado Civil, Conversa com o Parceiro sobre SIDA, e Percepção de Barreiras para o Sexo Seguro (Total), como Correlatos da Auto-Eficácia para o Uso do Preservativo, no Pré-teste (n=173)*

RESULTADO/CORRELATOS	$\Delta R^2$	$\Delta F$	$\beta$	$t$
<b>Auto-Eficácia Uso do Preservativo</b>				
<i>Passo 1</i>	.198	20.924***		
Idade			-.228	3.114**
Escolaridade			.312	4.266***
<i>Passo 2</i>	.300	50.069***		
Estado Civil			-.337	-5.817***
Conversar sobre SIDA com o Parceiro			.418	7.025***
<i>Passo 3</i>	.065	24.680***		
Percepção de Barreiras (Total)			-.299	-4.968***
$R^2 = .542$ ; $R^2_{Ajustado} = .549$				

$ns > .10$ .  $^+p < .10$ .  $*p \leq .05$ .  $**p \leq .01$ .  $***p \leq .001$ .

As barreiras face ao sexo seguro (total) explicam 6.5% da variância adicional na auto-eficácia para o uso do preservativo. Verifica-se que menores níveis de percepção de barreiras face ao sexo seguro se associam a maior auto-eficácia para o uso do preservativo ( $sr = -.36$ ). O modelo global explica 54.2% da variância da auto-eficácia para o uso do preservativo.

Quadro 63

*Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Idade, Escolaridade, Estado Civil, Conversa com o Parceiro sobre SIDA, e as Sub-Escalas de Percepção de Barreiras Face ao Sexo Seguro, como Correlatos da Auto-Eficácia para o Uso do Preservativo, no Pré-teste (n=173)*

RESULTADO/CORRELATOS	$\Delta R^2$	$\Delta F$	$\beta$	$t$
<b>Auto-Eficácia Uso do Preservativo</b>				
<i>Passo 1</i>	.198	20.924***		
Idade			-.228	3.114**
Escolaridade			.312	4.266***
<i>Passo 2</i>	.300	50.069***		
Estado Civil			-.337	-5.817***
Conversar sobre SIDA com o Parceiro			.418	7.025***
<i>Passo 3</i>	.200	27.057***		
Percepção de Ausência de Risco			-.001	-.012
Percepção de Atitudes Negativas face ao Sexo Seguro			-.011	-.231
Percepção de Atitudes do Parceiro como Negativas			-.445	-8.625***
Percepção de Baixa Auto-Eficácia na Comunicação			-.240	-4.537***
$R^2 = .697; R^2_{Ajustado} = .682$				

ns > .10. <sup>+</sup>p < .10. \*p ≤ .05. \*\*p ≤ .01. \*\*\*p ≤ .001.

No que se refere ao conjunto das *subescalas de percepção de barreiras face ao sexo seguro* (percepção de ausência de risco, percepção de atitudes negativas face ao sexo seguro, percepção de atitudes do parceiro como negativas, percepção de baixa auto-eficácia na comunicação), este explica 20% de variância adicional (passo 3) da auto-eficácia para o uso do preservativo ( $\Delta F=27.057$ ;  $p=.000$ ) (quadro 63). Mais especificamente, verifica-se que a percepção de atitudes do parceiro como negativas e a percepção de baixa auto-eficácia na comunicação com o parceiro são correlatos significativos ( $t=-8.625$ ;  $p=.000$ ,  $t=-4.537$ ;  $p=.000$ , respectivamente) da auto-eficácia para o uso do preservativo. Quanto menor é o auto-relato destes dois tipos de percepção de barreiras, maior é o valor da auto-eficácia geral para o uso do preservativo. Tal como para as variáveis comportamentais, as barreiras percepção de ausência de risco e percepção de atitudes negativas face ao sexo seguro, não foram correlatos significativos. O modelo global explica mais de 2/3 da variância (69.7%) da auto-eficácia para o uso do preservativo (quadro 63).

Em suma, os resultados das análises exploratórias revelam que as variáveis demográficas idade e escolaridade, e as variáveis maritais (estado civil e conversar com o parceiro sobre VIH) são correlatos importantes de ambas as variáveis comportamentais em estudo e da auto-eficácia para a negociação do preservativo. Ser mais jovem, ter mais escolaridade, não possuir parceiro regular (estar solteira ou não viver com o companheiro) e conversar com o (os) parceiro (os) acerca do VIH/SIDA estão associados a maior auto-eficácia na negociação do preservativo, maior utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais e práticas sexuais mais seguras actuais. Estes dois grupos de variáveis explicam grande parte da variância nas variáveis de resultado (quase 50%).

Em termos de correlatos psicossociais, verificou-se que, no que se refere à variável comportamental práticas sexuais seguras actuais, a auto-eficácia para uso do preservativo, a percepção de barreiras (total) e o conjunto de sub-escalas de percepção de barreiras face ao sexo seguro, apresentam-se como correlatos desta variável comportamental. A auto-eficácia para o uso do preservativo foi o correlato mais importante, especialmente para o relato de uso do preservativo. Os conhecimentos acerca da prevenção do VIH/SIDA foi um correlato significativo mas com pouca variância explicada, enquanto a percepção de barreiras (total), e o conjunto de sub-escalas de percepção de barreiras face ao sexo seguro apresentam-se como correlatos substanciais da auto-eficácia para o uso do preservativo. A percepção de barreiras face ao sexo seguro e, em particular, a percepção das atitudes do parceiro como negativas, explicam variância considerável na auto-eficácia para o uso do preservativo e superior às práticas sexuais seguras.

Seguidamente iremos discutir a relevância dos resultados aqui encontrados, quer ao nível da eficácia das intervenções, a curto e médio prazo; quer ao nível dos correlatos das variáveis comportamentais em estudo.

## **CAPÍTULO VI - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo iremos apresentar a discussão dos resultados descritos anteriormente, assim como, a integração dos dados obtidos com a revisão da literatura científica acerca das variáveis estudadas, e a descrição das limitações do estudo.

Antes de passarmos à discussão dos resultados, será importante referir, mais uma vez, que os três grupos estudados (GD, GA e GC) apresentaram-se como equivalentes no pré-teste ao nível de todas as variáveis psicossociais e comportamentais investigadas, o que sugere que os resultados encontrados poderão ser atribuídos ao efeito das intervenções e não a diferenças prévias entre os grupos.

## **6.1. Análise da Eficácia das Intervenções**

A mulher apresenta uma especial vulnerabilidade face à infecção pelo VIH/SIDA (UNAIDS, 2006; 2008). Atendendo a esta constatação e ao facto da intervenção comportamental e psicossocial demonstrar ser o meio mais eficaz de prevenção do VIH/SIDA (O'Campo, Fogarty, Gielen, Armstrong et al., 1999), a presente investigação traçou grande parte dos seus objectivos tendo por base a premissa de que as intervenções psicossociais (meramente educativas/informativas e com treino de competências) são eficazes na prevenção do VIH/SIDA na mulher Africana. Assim, iremos discutir e analisar a eficácia (1) das intervenções ACCENT e Didáctica em relação ao grupo de Controlo, a curto prazo; (2) a eficácia relativa da intervenção ACCENT em relação à intervenção didáctica; e (3) a eficácia das duas intervenções experimentais a médio prazo; num grupo de mulheres Moçambicanas em risco sexual para o VIH/SIDA.

### **6.1.1 Eficácia a Curto Prazo das Intervenções ACCENT e Didáctica, em relação ao Grupo de Controlo**

A primeira hipótese é relativa à eficácia, a curto prazo, das intervenções experimentais em comparação com o grupo de controlo. Assim, constata-se que esta se confirmou para grande parte das variáveis de resultado estudadas, sobretudo no GA.

Relativamente às variáveis sociais e cognitivas, a hipótese 1 confirmou-se para os conhecimentos face ao VIH/SIDA (GA e GD), a percepção de barreiras face ao sexo seguro (total) (GA e GD), a percepção de baixa auto-eficácia na comunicação com o parceiro (GA e GD), a baixa percepção de risco (GA), e a percepção de atitudes negativas face ao sexo seguro (GA). A hipótese 1 não se confirmou, em ambos os grupos experimentais, ao nível da auto-eficácia geral, da depressão, da auto-estima, do stress financeiro e relativo às condições domésticas, e do suporte social. Houve indicação de ganhos superiores nos grupos experimentais em termos da auto-eficácia para o uso do preservativo, e da percepção de atitudes do parceiro como negativas. Em termos de variáveis comportamentais, a hipótese 1 confirmou-se ao nível da utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais, e das práticas sexuais seguras actuais (intenção e compra de preservativos) para ambos os grupos experimentais (com superioridade para o GA).

## Variáveis Sociais e Cognitivas

A Hipótese 1 confirmou-se relativamente a uma variável chave na intervenção preventiva do VIH/SIDA, o *conhecimento sexual*. Ambas as intervenções apresentaram um impacto significativo a curto prazo no sentido de um aumento do conhecimento sobre o VIH/SIDA, o que não se verificou no grupo de controlo. O *conhecimento sexual* foi avaliado através de duas subescalas: *conhecimentos acerca do contágio/transmissão* e *conhecimentos acerca da prevenção*. Verificou-se um efeito multivariado significativo para o conjunto destas subescalas, e efeitos univariados para os dois grupos de intervenção, o que não aconteceu no GC. É encorajador verificar que as intervenções experimentais são ambas eficazes na promoção do aumento de conhecimentos, a curto prazo, em mulheres Moçambicanas, pois possuir informação correcta e rigorosa relaciona-se com a formação de percepções de risco e mecanismos de resposta adequados. De acordo com Ferreira (2008) e Snelling e colaboradores (2007), as pessoas só mudam os comportamentos de risco após estarem bem informadas e conscientes dos riscos envolvidos nos comportamentos desprotegidos. Estes resultados são especialmente importantes quando encontrados no seio de população feminina Africana, pois a literatura científica tem sugerido que ainda há muita falta de informação e mitos erróneos a envolver os conhecimentos acerca da transmissão/contágio (Bunnel et. al., 2005), assim como, das adequadas medidas de prevenção da doença (Kibombo et al., 2007), no continente africano. O aumento dos conhecimentos face ao VIH/SIDA não está apenas associado à promoção de comportamentos sexuais mais seguros, mas também à motivação para fazer o teste do VIH. Em contexto africano (África do Sul), Haile e colaboradores (2007) constataram que um maior nível de conhecimentos acerca do VIH estava associado a uma diminuição do preconceito em relação à realização do teste para o VIH. Adicionalmente, também Campbell e Bernhardt (2003) concluíram que a falta de informação acerca do VIH é um forte contribuinte para a não realização do teste pré-natal face ao VIH por parte de algumas mulheres. Os resultados obtidos na presente investigação, com mulheres Moçambicanas em risco, vão no mesmo sentido dos encontrados por McIntyre e Costa (2004; 2007), com população portuguesa semelhante.

No que se refere à *percepção de perda de recursos*, não se verificou apoio para a H1, quer ao nível do *stress com as condições domésticas*, quer do *stress financeiro*. Verifica-se que as mulheres de todos os grupos diminuíram a sua percepção de perda de recursos, não havendo diferenças entre os grupos. Assim, não se pode atribuir este efeito



às intervenções realizadas. Acredita-se que a melhoria de todos os grupos, a curto prazo, em termos de recursos, pode dever-se ao facto de, a este nível, o simples contacto social com o contexto hospitalar e os profissionais de saúde (comum a todos os grupos estudados) serem capazes de conferir algum suporte social às mulheres e assim diminuir estas percepções de perda em mulheres constrangidas financeiramente (maioritariamente desempregadas e a viver com menos do que um salário mínimo moçambicano, por mês, o que faz com que o stress financeiro seja uma constante nas suas vidas).

Relativamente à variável *auto-eficácia geral*, não se verificam diferenças significativas do pré para o pós-teste em qualquer um dos grupos. A literatura sugere que os níveis de auto-eficácia influenciam o comportamento sexual (O'Leary & Jemmott, 1995; Pallonen, Williams, Timpson, Bowen & Ross, 2008; Rogado & Leal, 2000). Assim, quanto maior é a percepção de auto-eficácia, mais persistente é o esforço em relação a um comportamento específico (Costa & Leal, 2005), nomeadamente, o sexual. Sendo a auto-eficácia um conceito complexo, que passa pela crença de que se consegue exercer controlo sobre a própria motivação, processos de pensamento, estados emocionais e padrões de comportamento (Bandura, 1994; cit. por Costa, 2007), poderá não ser uma dimensão susceptível de alteração, em toda a sua abrangência, através de intervenções como as que foram desenvolvidas, que acabam por ser relativamente breves (sobretudo a ID) e que se focam em níveis de auto-eficácia para um comportamento tão específico, como é o sexual (e.g. auto-eficácia para o uso do preservativo). Este argumento recebe algum apoio quando verificamos que no que se refere especificamente à auto-eficácia para o uso do preservativo, os resultados vão no sentido de mudanças significativas, a curto prazo, para todos os grupos, sobretudo o GA.

Em relação à *depressão*, constatou-se que as mulheres do GA apresentam valores mais baixos de sintomatologia do que as mulheres pertencentes ao GD e ao GC. No entanto, estas diferenças não atingem a significância estatística, a curto ou a longo prazo. De acordo com a literatura científica, a depressão encontra-se associada a comportamentos de risco para o VIH/SIDA (Amaro, 1995; cit. por Zierler & Krieger, 1997; DiClemente et al., 2001a) e é uma variável muito presente em mulheres seropositivas (Myers et al., 2008). Será importante referir que os valores médios ao nível da depressão são baixos em todos os grupos estudados (GD:  $M=13.3$ ,  $EP=.435$ ; GA:  $M=12.1$ ,  $EP=.419$ ; GC:  $M=12.5$ ,  $EP=.430$ , e também estão abaixo da linha de corte

sugerida pelo autor original e adoptada nas versões portuguesas, que é de 16 (Gonçalves & Fagulha, 2003; McIntyre & Costa, 2004, 2007; Radloff, 1977). Mais uma vez, acredita-se que a ausência de diferenças significativas entre os grupos experimentais e o grupo de controlo ao nível desta variável de bem-estar se deve ao facto de nenhuma das intervenções incidir em competências directas que tenham em vista o aumento do bem-estar relacionado com a sintomatologia depressiva. Além disso, acredita-se que é o tipo de dimensão que, pela sua complexidade emotiva, não é susceptível de ser alterada em intervenções breves como é o caso do ACCENT e, sobretudo, da intervenção didáctica.

No âmbito da *auto-estima*, também não se observaram diferenças significativas entre os grupos, do pré para o pós-teste para todos os grupos. A baixa auto-estima encontra-se associada a uma incapacidade para negociar uma sexualidade segura (Amaro, 1995; cit. por Zierler & Krieger, 1997). Assim, seria favorável e desejável que as intervenções tivessem sido capazes de potenciar aumento nos níveis de auto-estima. Os nossos dados vão de encontro aos do estudo de McIntyre e Costa (2004; 2007), com mulheres portuguesas em risco para a infecção, em que as intervenções também não surtiram impacto ao nível desta variável. Pode-se argumentar que pelo carácter focalizado e breve das intervenções Didáctica e ACCENT, estas não tenham sido capazes de produzir mudanças na auto-valorização geral destas mulheres. No entanto, esta não pareceu ser uma condição necessária para a eficácia das mesmas, especialmente da intervenção ACCENT.

Relativamente à *percepção de suporte social*, não se verificam diferenças significativas entre os grupos do pré para o pós-teste. No entanto, observa-se que há um aumento por parte do GA, que se vai potencializar ao longo do tempo, tal como veremos na discussão da hipótese 3. Nos restantes grupos, os níveis desta variável não só não aumentaram, como diminuíram do pré para o pós-teste, tendência esta que se manterá ao longo do tempo, ao contrário do que se verifica no GA. Embora não se tenha observado um aumento significativo a curto prazo, na presente investigação, as melhorias encontradas são encorajadoras, na medida em que o suporte social associa-se a variáveis pertinentes para a promoção da saúde sexual. Por exemplo, na presente investigação, no GA, o aumento de percepção de suporte social está correlacionado com a diminuição da percepção de barreiras face ao sexo seguro ( $r=.34$   $p=.011$ ).

No que se refere à *auto-eficácia para uso do preservativo*, observaram-se mudanças significativas em ambos os grupos experimentais, do pré-teste para o pós-teste, embora com melhores resultados para o GA. É positivo verificar que há um

aumento dos níveis desta variável para a generalidade da amostra (para todos os grupos), na medida em que há estudos que fundamentam que a auto-eficácia é um dos melhores preditores da adopção de comportamentos sexuais protegidos em mulheres de origem africana (O'Leary, Jemmott & Jemmott, 2008). No presente estudo verifica-se essa relação, na medida em que há uma forte correlação entre a auto-eficácia para o uso do preservativo e o uso do preservativo no GC ( $r=.66, p=.000$ ), no GD ( $r=.64, p=.000$ ) e no GA ( $r=.84, p=.000$ ), ao nível do pós-teste. As mulheres do GA, que passaram por um treino intensivo ao nível de competências para a utilização do preservativo, tiveram maiores ganhos do que o GD (52/57 no GA e 41/53 no GD a aumentaram a auto-eficácia no pós-teste). Em relação ao GD, pode-se argumentar que a mera informação acerca do VIH/SIDA pode influenciar positivamente as atitudes/percepções no domínio da utilização do preservativo. No entanto, a ID foi apenas de carácter informativo e não houve acesso ao treino de competências psicossociais que caracterizou a IA. Em relação ao GC, este apresentou ganhos em mais de metade da amostra, mas muito inferiores ao do GA. Poderemos avançar que o contacto com o contexto hospitalar e um serviço e profissionais focados na saúde na mulher, poderão ter comunicado esta informação ou influenciado positivamente estas percepções. A questão que se coloca é se esta mudança de atitudes (associada ou não à intervenção) se vai traduzir em mudanças comportamentais. Iremos ver mais tarde que este potenciar das mudanças de comportamento ocorre mais eficazmente no GA, que aliás apresenta uma associação mais forte entre a auto-eficácia na negociação do preservativo e o uso do preservativo ( $r=.84, p=.000$ ), do que os outros dois grupos.

Quanto à *percepção de barreiras face ao sexo seguro (total)* e às subescalas *percepção de atitudes do parceiro como negativas* e *percepção de baixa auto-eficácia na comunicação*, constata-se algumas diferenças entre os grupos, especialmente em termos das subescalas. Ao nível da escala global, verificou-se que todos os grupos experimentaram uma diminuição significativa dos níveis desta variável do pré para o pós-teste. No entanto, os valores do pós-teste no GA são superiores ao do GC, não havendo diferenças significativas entre o GD e o GC, ao nível do total de *percepção de barreiras face ao sexo seguro*. O mesmo acontece em relação á *percepção de baixa auto-eficácia na comunicação*. Além disso, nas restantes variáveis desta dimensão cognitiva, o GA apresenta mudanças significativas que não se verificaram no outro grupo experimental e no GC (*baixa percepção de risco face ao sexo seguro* e *percepção de atitudes negativas face ao sexo seguro*). Destes resultados podemos depreender que o

GA demonstrou ser mais eficaz do que qualquer outro grupo na diminuição da percepção de barreiras face ao sexo seguro, a curto prazo. Estes resultados vão no sentido do esperado, de acordo com a literatura científica (Costa, 2007; Hobfoll, 2002; McIntyre & Costa, 2004; Schroder et al., 2001). Também no estudo de McIntyre e Costa (2004; 2007), com mulheres portuguesas, a intervenção ACCENT demonstrou ser mais eficaz na diminuição da percepção de barreiras face ao sexo seguro, do que a Intervenção Didáctica. Em contexto africano, alguns estudos têm referido que a percepção de barreiras, de vária ordem (e.g. preservativo como diminuidor de prazer sexual, interferentes na espontaneidade, originador de suspeita de infidelidade) constitui um dos principais constrangimentos à protecção em mulheres africanas (Buck et al., 2005). De facto, no que se refere ao GA, verifica-se que a diminuição da percepção de barreiras face ao sexo seguro pós-intervenção, está associada a um aumento dos níveis de auto-eficácia para o uso do preservativo ( $r=-.68$ ,  $p=.000$ ), das práticas sexuais seguras ( $r=-.58$ ,  $p=.000$ ), e da utilização do preservativo ( $r=-.73$ ,  $p=.000$ ). A maior eficácia da intervenção ACCENT pode dever-se ao facto desta integrar nos seus conteúdos a possibilidade de discussão e desmistificação de conceitos errados (e.g. o preservativo retira o prazer sexual), assim como, o treino de competências muito pertinentes (e.g. exposição ao conflito, negociação com parceiro), o que ajuda as mulheres a anteciparem as consequências dos comportamentos sexuais seguros ou desprotegidos. Ou seja, em comparação com a ID, a IA, além de permitir um adequado esclarecimento acerca das formas de prevenção, dá oportunidade às mulheres de debaterem as suas dúvidas e treinarem as suas competências (e.g. negociação com os parceiros, colocação adequada do preservativo), o que consequentemente cria percepções mais positivas acerca dos comportamentos seguros e dá um maior *empowerment* para os concretizar. É notável que uma intervenção breve, como a IA, tenha um impacto significativo a curto prazo nestes aspectos atitudinais. Iremos verificar na H3 se estas mudanças se mantêm no tempo.

### **Variáveis Comportamentais**

As variáveis comportamentais estudadas referem-se a dois aspectos que se complementam na prevenção da SIDA: a intenção de compra e compra do preservativo (práticas sexuais seguras actuais), e a utilização do preservativo.

Em relação à variável *práticas sexuais seguras actuais*, verifica-se que o GC obteve resultados marginalmente significativos do pré para o pós-teste, enquanto que

ambos os grupos de intervenção apresentaram diferenças significativas. Esta variável engloba as dimensões “intenção de compra do preservativo” (por si ou pelo parceiro) e “compra/obtenção efectiva do preservativo”. É animador verificar que quer a intervenção didáctica, quer a intervenção ACCENT são eficazes ao nível destas dimensões tão importantes na promoção do comportamento sexual seguro. De acordo com a Teoria da Acção Racional (TAR) e a Teoria do Comportamento Planeado (TCP), a variável intenção é o melhor preditor do comportamento efectivo (Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen & Madden, 1986; Bosompra, 2001). Adicionalmente, Bryan, Fisher e Fisher (2002) dão uma especial importância à compra do preservativo (comportamento preparatório), defendendo que é o mediador entre a intenção de usar preservativo e o comportamento (uso do preservativo). Ou seja, para estes autores, a compra/obtenção de preservativos é o melhor preditor para o uso do mesmo. Efectivamente, no nosso estudo, a curto prazo, a correlação entre as práticas sexuais seguras e o comportamento de utilização do preservativo é de .73 ( $p=.000$ ).

Vários estudos têm evidenciado a eficácia de intervenções baseadas na TAR ao nível da intenção e compra de preservativos e em diversas populações (Carnaghi et al., 2007; Koniak-Griffin & Stein, 2006; Sneed & Morisky, 1998). No estudo de McIntyre e Costa (2004; 2007), de prevenção do VIH/SIDA em mulheres portuguesas, ocorreu precisamente o oposto em relação à presente investigação: não se verificou um impacto estatisticamente significativo de qualquer uma das intervenções ao nível das práticas sexuais seguras, a curto prazo. As autoras justificam este facto baseando-se na premissa de Bryan e colaboradores (2002) que defende que existe uma componente adicional entre a intenção de usar preservativo e o comportamento de uso do preservativo, que designam por comportamento sexual seguro preparatório, de que é exemplo o comprar e o ter/trazer preservativos. A verdade é que nenhuma das intervenções se foca especificamente nas questões de intenção e compra, mas sim em competências comportamentais mais específicas (e.g. negociação com o parceiro, adequada colocação do preservativo, etc.). Os resultados da presente investigação sugerem que, no que se refere às mulheres Moçambicanas, o simples contacto com o contexto de prevenção do VIH/SIDA e promoção da saúde sexual, é eficaz ao nível da intenção e do impulsionamento para compra/obtenção de preservativos. Isto ocorre através de passagem de informação consistente (intervenção didáctica), mas sobretudo através do treino de competências psicossociais (intervenção ACCENT), sugerindo que, neste contexto, não é essencial o treino de competências específicas acerca da compra ou

obtenção de preservativos para estimular este comportamento. Será importante referir que o desenvolvimento das intervenções decorreu num contexto onde os preservativos são gratuitos e de fácil acesso, o que em combinação com as componentes das intervenções poderá, por si só, ter apoiado a intenção de os obter e a obtenção/compra efectiva dos mesmos.

Relativamente à variável comportamental *uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais*, verifica-se que, quer as mulheres submetidas à intervenção ACCENT, quer as submetidas à intervenção Didáctica, demonstraram um aumento significativo do uso do preservativo a curto prazo (do pré para o pós-teste), o que não se verificou com o GC (46/54 mulheres não mudaram este comportamento). Os ganhos foram mais salientes no GA. De facto, no GD, cerca de 25% das mulheres aumentaram o uso do preservativo pós-intervenção, comparado com 39% no GA. Elaboraremos mais sobre isto na discussão da H2. Estes resultados são animadores, especialmente quando se considera que são mudanças a curto prazo. No entanto, temos que assinalar que 75% das mulheres no GD e cerca de 60% no GA não evidenciaram mudanças no uso do preservativo. Isto indica que o impacto destas intervenções a curto prazo, é limitado, especialmente no que toca à GD. A revisão da literatura apoia o facto de que ambos os tipos de intervenção possuem potencial para aumentar a utilização do preservativo em pessoas sexualmente activas, em diferentes tipos de população. Vários estudos têm demonstrado que as intervenções educativas breves são eficazes na promoção da utilização do preservativo, quando comparadas com grupos de controlo, quer com população caucasiana (Belcher et al., 1998), quer asiática (chinesa) (Li et al., 2006), quer africana (moçambicana) (Mola et al., 2006). No entanto, outros estudos evidenciam a especial eficácia das intervenções com múltiplas sessões, com treino de competências, quer em contexto ocidental (Devanter et al., 2002), quer africano (Karnell et al., 2006). É positivo verificar que uma intervenção didáctica breve tem alguma eficácia ao nível de um comportamento de primordial importância para a protecção face ao VIH/SIDA, num contexto como o moçambicano, onde os recursos são escassos e onde, eventualmente, nem sempre pode ser possível aceder a todos os materiais necessários ao desenvolvimento de uma intervenção mais elaborada e complexa, como o Programa ACCENT. A eficácia da intervenção na promoção da utilização do preservativo assume uma especial importância neste grupo de mulheres, uma vez que, ao nível do pré-teste, a maioria das mulheres de ambos os grupos de intervenção já teve uma DST (GD: 62.5%, GA: 71.7%), e não utilizava o preservativo

como contraceptivo (GD: 64.3%, GA: 64%); uma parte delas assumiu ter mais do que um parceiro sexual (GD: 14.3%, GA: 8.3%); e algumas delas são portadoras do VIH (GD: 6%, GA: 5%) (com risco de reinfeção e transmissão do vírus aos parceiros).

Em suma, ambas as intervenções experimentais (ID e IA) mostraram ganhos significativos a curto prazo na mudança de variáveis muito pertinentes em matéria de promoção da saúde sexual feminina e prevenção do VIH/SIDA: utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais, práticas sexuais seguras actuais, conhecimentos face ao VIH/SIDA, percepção de barreiras face ao sexo seguro (total), e percepção de baixa auto-eficácia na comunicação com o parceiro. Também houve indicação de ganhos maiores nos grupos experimentais, em relação ao GC, na auto-eficácia para o uso do preservativo, e na percepção de atitudes do parceiro como negativas, embora aqui os dados não sejam tão sólidos como nas outras variáveis. Evidenciaram-se ainda diferenças entre os dois tipos de intervenção em algumas variáveis cognitivas/atitudinais e comportamentais, que serão comentadas mais adiante. No entanto, acredita-se que o tronco comum às duas intervenções, que é a passagem de informação relevante acerca do VIH/SIDA, é suficiente para operar melhorias ao nível de várias variáveis atitudinais que têm sido identificadas na literatura como fundamentais para a adopção de comportamentos sexuais seguros, como o aumento dos conhecimentos sobre o VIH/SIDA e a percepção de barreiras face ao sexo seguro. Verificou-se que apenas a intervenção ACCENT é capaz de operar mudanças positivas ao nível da baixa percepção de risco, e da percepção de atitudes negativas face ao sexo seguro, o que sugere que estas dimensões necessitam de uma componente de treino de competências para serem modificadas no sentido esperado. Nenhuma das intervenções foi significativamente eficaz na mudança a curto prazo da auto-eficácia geral, da depressão, da auto-estima e do suporte social, que são dimensões mais gerais de bem-estar, as quais não constituíram alvo específico das intervenções. No entanto, veremos na discussão da H3 que as mudanças em algumas destas variáveis só são visíveis a médio prazo.

Seguidamente (discussão da hipótese 2) iremos realçar as diferenças de eficácia entre os dois tipos de intervenção.

### **6.1.2. Eficácia Relativa a Curto Prazo das Intervenções ACCENT e Didáctica**

A hipótese 2 refere-se à comparação da eficácia das duas intervenções experimentais: a intervenção Didáctica e a Intervenção ACCENT. Neste sentido, prevê-se uma vantagem da IA em relação à ID, visto que a primeira envolve uma integração mais abrangente de factores essenciais à potencialização de variáveis associadas a comportamentos sexuais mais saudáveis. A ID é meramente informativa, enquanto a IA engloba uma componente que visa desenvolver as competências sociais, de auto-regulação (e.g. ensaio cognitivo de redução do risco), uma componente que prevê o melhoramento do nível destas competências e do nível de auto-eficácia das mulheres em relação às mesmas (prática e *feedback* correctivo na aplicação das competências), e uma componente que tenta desenvolver o apoio social no processo de mudança (Costa, 2007). A importância desta comparação prende-se com o facto de ser essencial verificar que tipo de intervenção é mais eficaz ao nível das diferentes variáveis pertinentes para a prevenção do VIH/SIDA junto de mulheres Moçambicanas em risco. Adicionalmente, e porque se trata de uma investigação pioneira em contexto moçambicano, importa conhecer as variáveis que “respondem” a cada uma das intervenções, num contexto onde não existem dados acerca destas questões. Assim, uma adequada adaptação das intervenções à cultura e ao grupo alvo é essencial para se conseguir desenvolver uma identificação correcta dos preditores comportamentais e psicossociais de risco (Locke & Newcomb, 2008; Warren et al., 2008). Seguidamente, discutiremos os resultados da H2, comparando os resultados obtidos no pós-teste para os dois grupos experimentais. Focaremos apenas as variáveis onde as intervenções revelaram ser superiores ao GC, no teste da hipótese 1.

A H2, que previa uma maior eficácia da IA, foi confirmada para a maioria das variáveis de resultado: a percepção de barreiras (total), a percepção de baixa auto-eficácia na comunicação com o parceiro, a baixa percepção de risco, a percepção de atitudes negativas face ao sexo seguro, as práticas sexuais seguras actuais, e a utilização do preservativos nos últimos quatro actos sexuais. Não se confirmou para os conhecimentos acerca do VIH/SIDA, na medida em que as duas intervenções são igualmente eficazes ao nível desta variável.



## Variáveis Sociais e Cognitivas

No que concerne aos *conhecimentos acerca do VIH/SIDA*, constata-se que ambas as intervenções experimentais foram eficazes. Ou seja, os resultados foram significativos e semelhantes para ambos os grupos de intervenção. Estes resultados vão de encontro aos encontrados em investigações anteriores, com recurso aos mesmos tipos de intervenção. Quer os estudos de Hobfoll (1994; 2002), quer o de McIntyre e Costa (2007) descrevem que ambas as intervenções são promotoras de aumento de conhecimentos face à infecção pelo VIH. Assim, pode-se aumentar o nível de conhecimentos sobre a SIDA junto de mulheres Moçambicanas em risco, recorrendo a intervenções educativas breves mais económicas do que intervenções mais complexas e dispendiosas (mesmo em termos de tempo) como a IA. Estes resultados são encorajadores, pois a informação correcta, adequada e suficiente acerca da doença, é vista por muitos autores como o primeiro passo para a mudança (Ferreira, 2008; Snelling et al., 2007). No entanto, e dando especial atenção ao continente africano, é facto que mesmo reconhecendo que há uma relação entre o nível de conhecimentos acerca do SIDA e a protecção, os esforços de prevenção devem ir para além das intervenções educativas. Em África, particularmente, é necessário combinar o conhecimento em termos de prevenção com a aprendizagem de competências para a negociação de comportamentos sexuais seguros, adaptados ao contexto social local (UNFPA, 2002; Vavrus, 2006). Vavrus (2006) defende que há várias actividades que devem ser desenvolvidas no contexto africano e que devem ser sensíveis às especificidades culturais, sendo que algumas delas passariam por desenvolver acções de pares nas comunidades locais, onde as mulheres fossem envolvidas na aprendizagem de competências relacionais e de negociação.

Relativamente à *percepção de barreiras face ao sexo seguro*, verificou-se uma superioridade do GA em relação ao GD no que se refere à *escala total*, à *percepção de baixa auto-eficácia na comunicação com o preservativo*, à *percepção de ausência de risco* e à *percepção de atitudes negativas face ao sexo seguro*. Houve tendência de significância ao nível da *percepção de atitudes do parceiro como negativas face ao sexo seguro*. A IA foi a única com ganhos no pós-teste ao nível da *baixa percepção de risco* e *percepção de atitudes negativas face ao sexo seguro*. A percepção de barreiras face ao sexo seguro é um factor de influência no tipo de comportamento sexual adoptado (protegido ou desprotegido) (Posner & Padian, 2005), pelo que se torna essencial perceber que tipo de intervenção interfere com os diferentes tipos de percepção. Esta

questão é particularmente importante em contexto africano, onde as normas culturais parecem reforçar a percepção de barreiras face ao sexo seguro. Buck e colaboradores (2005) constataram que numa comunidade do Zimbabué, o método contraceptivo mais aceite pela esmagadora maioria dos homens e por mais de metade das mulheres foi o diafragma, pois são controlados pelas mulheres (aspecto que agrada quer ao género masculino, quer feminino), não é percebido como diminuidor do prazer sexual e não envolve qualquer tipo de estigma social. Já os preservativos, quer masculino, quer feminino, são menos aceites por serem percebidos como interferentes na espontaneidade e no prazer sexual. Além disso, de acordo com o relato das participantes, o preservativo é cultural e socialmente associado a práticas sexuais extraconjugais e à prática da prostituição, facto este que também contribui para que os casais o percepcionem negativamente, devido ao estigma que comporta. Entre a população de mulheres Moçambicanas em risco de infecção aqui estudadas, apenas as pertencentes ao GA diminuíram a percepção de ausência de risco e a percepção de atitudes negativas face ao sexo seguro. De facto, a intervenção ACCENT vai além da elucidação acerca das formas de prevenção e contágio, e a desmistificação de algumas questões que envolvem a sexualidade (e.g. protecção é sinónimo de ausência de prazer sexual ou espontaneidade), e trabalha competências sociais e de interacção com os parceiros, sendo mais eficaz para as mulheres se perceberem como estando ou não em risco, assim como, mudarem as atitudes acerca da protecção sexual num sentido positivo. As percepções que se relacionam com as *atitudes negativas do parceiro* também foram ligeiramente mais favorecidas no GA. Acredita-se que diminuir este tipo de percepções obriga a que as mulheres sejam capazes de comunicar e negociar com eles o sexo seguro. Ora, estas componentes não se encontram integradas na ID, mas, pelo contrário, estão muito presentes na IA, daí a ligeira superioridade desta última. Só a questão da negociação, desenvolvida na IA, integra (1) decidir em relação a um comportamento pessoal (por exemplo, não ter relações sexuais sem preservativo), (2) explicar a razão subjacente à decisão ao parceiro, (3) antecipar a reacção provável por parte do parceiro e como a própria mulher poderá reagir, (4) ser firme mas não agressiva em relação ao objectivo, (5) realizar tentativas para compreender os objectivos do parceiro, (6) expressar preocupação em relação aos objectivos e necessidades do parceiro, e (7) procurar um compromisso que vai de encontro às necessidades do parceiro mas que não compromete o objectivo comportamental de sexo seguro. Todas estas dimensões são treinadas e reforçadas com discussão em grupo, *role play* e ensaio

cognitivo (McIntyre & Costa, 2004; Costa, 2007). Após um treino intensivo de competências psicossociais como este que a IA integra, espera-se que as mulheres estejam mais preparadas para comunicar com os parceiros, sejam mais capazes de perceber a sua situação de risco, e desenvolvam atitudes mais positivas acerca do sexo seguro (contrariem as barreiras face à sexualidade segura). Neste seguimento, constata-se que no GA, um menor nível de percepção de barreiras face ao sexo seguro está associado a maior relato de perda de recursos ( $r=.50$ ,  $p=.000$ ) e de suporte social ( $r=.582$ ,  $p=.000$ ), o que não se verifica no GD. Estes resultados sugerem que, no âmbito da prevenção do VIH em mulheres Moçambicanas, a intervenção ACCENT é claramente mais eficaz na diminuição de barreiras que exigem a integração de várias componentes no processo de mudança. A superioridade relativa do GA em relação ao GD, também se verificou na *auto-eficácia para o uso do preservativo*, uma variável relacionada com a percepção de barreiras ao sexo seguro ( $r=-.247$ ,  $p=.014$ ). As competências treinadas especificamente para este efeito (uso do preservativo) parecem ter resultado a curto prazo, embora a intervenção didáctica também tenha tido algum sucesso a este nível, o que indica que a componente educativa é importante relativamente a esta variável.

### **Variáveis Comportamentais**

No que se refere à variável *práticas sexuais seguras actuais*, verificou-se que, quer as mulheres submetidas à ID, quer as submetidas à IA experimentaram diferenças significativas do pré para o pós-teste. No entanto, os ganhos foram mais acentuados no GA (88% das mulheres aumentaram as práticas sexuais seguras, comparado com 38% no GD). Acredita-se que a vantagem do GA em relação ao GD se deve, mais uma vez, à dimensão prática do programa ACCENT. Embora esta intervenção não se foque no treino de competências directamente relacionadas com o aumento dos níveis de intenção, nem treinem competências específicas ao nível da compra ou obtenção de preservativos, aborda o treino de outro tipo de competências (e.g. treino de negociação com o parceiro, assertividade, comunicação, etc.) que podem ter um efeito ao nível das intenções para o sexo seguro e da facilitação da compra/obtenção do preservativo. Por exemplo, embora em ambos os grupos experimentais se encontre uma forte associação entre as práticas sexuais seguras e a auto-eficácia para o uso do preservativo ou a utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais, apenas no GA se verifica uma associação entre esta variável e a percepção de barreiras ao nível da auto-eficácia

na comunicação com o parceiro ( $r=-.309$ ,  $p=.019$ ). Vários estudos têm demonstrado a eficácia da intervenção psicossocial no aumento dos níveis de intenção face ao sexo seguro (e.g. Basen-Enquist, 1994). Na investigação de McIntyre e Costa (2007), com mulheres portuguesas em risco para a infecção pelo VIH/SIDA, ambas as intervenções experimentais (ID e IA) demonstraram ser eficazes ao nível do aumento das práticas sexuais seguras actuais, não se confirmando a supremacia da IA em relação à ID. No que respeita às mulheres Moçambicanas em risco sexual para o VIH, os dados indicam que a intervenção educativa tem algum sucesso na melhoria das práticas sexuais seguras, mas há uma clara superioridade da IA neste domínio, sendo a modalidade por excelência relativamente a aumentar comportamentos de compra de preservativo.

No âmbito da variável comportamental *uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais*, verificou-se que, quer as mulheres submetidas à ID, quer as submetidas à IA experimentaram ganhos significativos do pré para o pós-teste. No entanto, mais uma vez, observa-se uma superioridade do GA ao nível desta variável comportamental (39% das mulheres com mudanças positivas *versus* 25% no GD). Estes resultados vão de encontro ao esperado, na medida em que a IA trabalha temáticas de cariz psicossocial como a história sexual, o uso do preservativo e do espermicida, a testagem do VIH, e o treino de competências várias, com o intuito de aumentar o conhecimento e as expectativas positivas face ao sexo seguro nas participantes (Cosa, 2007; McIntyre & Costa, 2004; Hobfoll et al., 1994; Kelly et al., 1994). Assim, considera-se que, em comparação com uma intervenção meramente informativa (ID), é natural uma intervenção como o ACCENT ter um maior impacto a nível comportamental (uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais), pois foca-se no treino e ensaio cognitivo de várias competências comportamentais (adequada colocação do preservativo num modelo fálico) e psicossociais (e.g. treino da assertividade na negociação da sexualidade segura com os parceiros). Proporciona ainda oportunidade de debate e esclarecimento de dúvidas quer com a líder, quer com os pares, o que reforça a dimensão do suporte social. Ou seja, o ACCENT permite que as mulheres preparem previamente os seus comportamentos sexuais. De acordo com Sheeran e colaboradores (1999), os comportamentos preparatórios são de primordial importância na efectiva execução dos comportamentos sexuais protegidos (e.g. compra ou obtenção de preservativos). No seguimento desta premissa, verifica-se que este facto se confirma, observando-se uma forte associação entre as práticas sexuais seguras (intenção e obtenção de preservativos) e a efectiva utilização do preservativo ( $r=.793$ ,  $p=.000$ ) nas mulheres pertencentes ao

GA. A superioridade da IA em comparação com a ID, a curto prazo, verificou-se noutros estudos da mesma natureza com mulheres portuguesas (McIntyre e Costa, 2004; Costa, 2007) e norte-americanas (caucasianas e afro-americanas) (Hobfoll et al., 1994; 2002; Kelly et al., 1994). Em suma, considera-se que as intervenções com treino de competências, que integram a oportunidade de preparar o comportamento sexual, são mais eficazes do que as intervenções informativas na efectivação do comportamento sexual seguro (uso do preservativo) em mulheres Moçambicanas em risco sexual. No entanto, como já referimos na discussão da H1, uma boa percentagem das participantes não apresentou mudança comportamental com qualquer das modalidades de intervenção, especialmente em termos do uso do preservativo. Elaboraremos mais este aspecto na discussão da H3.

Em conclusão, as intervenções experimentais demonstraram possuir igual nível de eficácia quanto ao aumento de conhecimentos sobre o VIH/SIDA. A intervenção ACCENT demonstrou ser mais eficaz ao nível da auto-eficácia para o uso do preservativo, da percepção de barreiras face ao sexo seguro (total), da percepção de baixa auto-eficácia na comunicação, da baixa percepção de risco, da percepção de atitudes negativas face ao sexo seguro, das práticas sexuais seguras, e da utilização do preservativo. A ID produziu efeitos positivos, embora limitados, em várias variáveis atitudinais e comportamentais importantes, que não são de menosprezar.

### **6.1.3. Efeitos a Médio Prazo das Intervenções Didáctica e ACCENT**

A hipótese 3 previu que os ganhos obtidos nos grupos de intervenção (ACCENT e didáctica) se mantivessem ao longo do tempo nos seguimentos de 1 e 3 meses. Verifica-se que esta se confirmou, para os dois grupos de intervenção, no que se refere aos conhecimentos acerca da transmissão/contágio, aos conhecimentos acerca da prevenção, à percepção de atitudes do parceiro como negativas, às práticas sexuais seguras actuais, e à utilização do preservativo nos últimos 4 actos sexuais, com melhores resultados para o GA (à excepção dos conhecimentos sobre o VIH/SIDA). A H3 confirmou-se apenas para o GA no que se refere à percepção de barreiras face ao sexo seguro, à ausência de percepção de risco, e às percepções negativas face ao sexo seguro. Em relação à auto-eficácia na negociação do preservativo e à percepção de baixa auto-eficácia na comunicação com o parceiro, verificou-se manutenção de ganhos ao longo do tempo nos três grupos, embora os ganhos do GA sejam superiores. O GA

não tinha apresentado ganhos no pós-teste ao nível do suporte social, mas estes potenciaram-se a médio prazo, o que não aconteceu com o grupo ID.

### **Variáveis Sociais e Cognitivas**

Relativamente aos *conhecimentos face ao VIH/SIDA*, verifica-se que há uma manutenção dos ganhos do pós-teste nos seguimentos, em ambos os grupos de intervenção, quer ao nível dos *conhecimentos acerca do contágio/transmissão*, quer ao nível dos *conhecimentos face à prevenção*. Assim, os dados sugerem que ambas as intervenções produzem um aumento do nível de conhecimentos sobre o VIH/SIDA e que estes ganhos são duradouros, pelo menos a médio prazo. Estes achados são especialmente importantes uma vez que se constata que, a médio prazo (3 meses) esta variável se associa a outras importantes relativamente aos comportamentos de prevenção: no GD, os conhecimentos acerca da prevenção encontram-se associados positivamente à auto-eficácia para o uso do preservativo ( $r=.344$ ,  $p=.017$ ); no GA, os conhecimentos acerca da prevenção associam-se negativamente à ausência de percepção de risco ( $r=-.354$ ,  $p=.010$ ), e à percepção de baixa auto-eficácia na comunicação com o parceiro ( $r=.355$ ,  $p=.010$ ). Estes resultados são semelhantes aos encontrados por McIntyre e Costa (2004, 2007), na medida em que também no estudo português com mulheres em risco sexual, ambas as intervenções demonstraram ser eficazes ao nível do aumento dos conhecimentos (neste estudo, sobretudo os conhecimentos acerca da transmissão/contágio a médio e longo prazo). Sendo os conhecimentos acerca dos comportamentos de risco uma das bases da mudança comportamental (Ferreira, 2008; Snelling et al., 2007), é encorajador verificar que ambas as intervenções experimentais são eficazes a esse nível, a médio prazo, junto de mulheres Moçambicanas em risco sexual. O facto da ID ser tão eficaz como a IA poderá orientar acções futuras no sentido de uma maior economia de tempo e recursos humanos e materiais no que toca especificamente ao aumento dos conhecimentos relacionados com a prevenção do VIH/SIDA, em contexto moçambicano.

Relativamente ao *suporte social*, apenas se verificaram ganhos a este nível no GA, a médio prazo. Não se tinham verificado ganhos no pós-teste, o que sugere que este efeito da intervenção ACCENT leva algum tempo a produzir mudança. Uma das justificações encontradas para este facto tem a ver com a possibilidade das mulheres do GA terem criado laços e redes entre si, podendo ter estabelecido contacto umas com as outras ao longo do tempo e fora do contexto da intervenção, o que poderá ter estimulado

o aumento do suporte social a médio prazo. Realmente, seria de esperar que a IA tivesse um efeito a este nível, na medida em que as mulheres deste grupo tiveram a oportunidade de partilhar as suas experiências em grupo e de treinar em contexto seguro e com suporte, situações das suas vidas.

Em relação à *auto-eficácia para o uso do preservativo*, os valores médios do GA foram especialmente elevados e mantidos no tempo, quando comparados com o GD e o GC (estes últimos com um perfil bastante semelhante desde o pós-teste até ao seguimento de 3 meses), o que indica que esta intervenção é superior a médio prazo. Os resultados vão de encontro ao esperado, na medida em que as mulheres submetidas à IA tiveram treino de competências específicas relacionadas com a negociação do preservativo com os parceiros. No estudo de McIntyre e Costa (2004; 2007) com mulheres portuguesas, concluiu-se que ambas as intervenções são eficazes a longo prazo (6 meses) ao nível desta variável. É importante verificar a manutenção dos ganhos ao nível da auto-eficácia para o uso do preservativo nas mulheres Moçambicanas, pois esta variável tem vindo a ser referida como um dos principais factores de influência face aos comportamentos sexuais seguros (Giles et al., 2005; Longshore et al., 2006; Muñoz-Silva et al., 2007; O'Leary, Jemmott & Jemmott, 2008), como já se referiu anteriormente.

O GA mostrou-se especialmente favorecido no que se refere à manutenção dos ganhos a médio prazo (1 e 3 meses), ao nível da diminuição das barreiras percebidas face ao sexo seguro. Exemplificando, no que se refere à *percepção de barreiras (total)* e à *percepção de atitudes do parceiro como negativas*, ambos os grupos de intervenção demonstraram alguma manutenção dos ganhos ao longo do tempo. No entanto, os ganhos foram claramente superiores para o GA. Adicionalmente, a IA foi a única que produziu ganhos a curto e médio prazo em termos da *baixa percepção de risco*, e da *percepção de atitudes negativas face ao sexo seguro*. A excepção reside na *percepção de baixa auto-eficácia na comunicação com o parceiro*, na medida em que houve ganhos a curto e médio prazo em todos os grupos (verifica-se apenas uma diferença entre os grupos de intervenção no seguimento de 1 mês). Assim, não se pode atribuir este efeito às intervenções. Pelos motivos que já foram referidos anteriormente (e.g. treino de competências como a negociação), seria de esperar que os resultados ao nível do GA fossem mais favoráveis, pelo que se considera que se deve prestar uma atenção redobrada a esta variável aquando da realização de estudos futuros desta natureza com mulheres moçambicanas em risco sexual para o VIH/SIDA. Tal como já se referiu na

discussão das hipóteses 1 e 2, acredita-se que a maior eficácia da IA ao nível da mudança das crenças acerca de barreiras ao sexo seguro, poderá estar relacionada com o treino de competências (e.g. assertividade, negociação do preservativo) que a intervenção ACCENT integra, o que poderá potenciar uma maior capacidade para ultrapassar barreiras face ao sexo seguro. Os resultados encontrados na investigação de McIntyre e Costa (2007) vão no mesmo sentido, com a IA a evidenciar superioridade ao nível da percepção de barreiras face ao sexo seguro em mulheres portuguesas. Assim, conclui-se que a IA é superior na diminuição da percepção de barreiras, a médio prazo, em mulheres Moçambicanas em risco sexual, o que se torna encorajador, visto que estas são enormes constrangedores da concretização do comportamento sexual seguro (Amorim & Andrade, 2006, Gune, 2008, Plumer et al., 2006). Na presente investigação, a diminuição da percepção de barreiras está associada a um aumento das práticas sexuais seguras ( $r=-.578$ ,  $p=.000$ ) e da utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais ( $r=-.711$ ,  $p=.000$ ), a médio prazo (seguimento de 3 meses).

### **Variáveis Comportamentais**

Em relação às *práticas sexuais seguras actuais*, constatou-se que existe um aumento dos valores desta variável no tempo, nos dois grupos de intervenção, mas este é mais acentuado no GA, ao ponto dos valores no seguimento de 3 meses, neste grupo, terem quase duplicado em relação ao pós-teste. No grupo de ID constata-se que, nos seguimentos de 1 e 3 meses, há uma tendência para a redução dos ganhos obtidos no pós-teste. O que é mais significativo é que não houve mudanças a este nível, a curto ou médio prazo no GC. Como já se referiu na discussão das H1 e H2, as dimensões de intenção e compra do preservativo que esta variável integra, são muito importantes enquanto preditores do comportamento sexual seguro (Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen & Madden, 1986; Bosompra; Bryan, Fisher e Fisher, 2002), pelo que se torna encorajador verificar que as intervenções psicossociais desenvolvidas (sobretudo a ACCENT) são impulsionadoras desta variável tão importante a médio prazo. A intervenção ACCENT demonstra superioridade a este nível, o que atesta o papel do treino de competências quer na produção de mudanças a curto prazo, quer na manutenção destas a médio prazo.

Em termos do *uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais*, verificou-se que ambas as intervenções são eficazes a médio prazo, não se observando ganhos no GC. Estes ganhos e a sua manutenção no tempo, são superiores no GA, que aumenta



gradualmente no pós-teste até ao seguimento de 3 meses. Ao contrário, no GD, os valores aumentam até ao seguimento 1, mas diminuem no seguimento 2. Percebe-se que a IA seja mais eficaz do que a ID na mudança comportamental a este nível, quer a curto quer médio prazo. Ao ser uma intervenção mais longa e focada no treino de competências, é mais passível de fomentar mudanças que persistam no tempo. Os resultados encontrados por McIntyre e Costa (2007) com população portuguesa vão no mesmo sentido. É de extrema importância verificar o poder destas intervenções a médio prazo ao nível da utilização do preservativo em mulheres Africanas. Tal como já foi referido, a literatura sugere que a utilização correcta e consistente do preservativo é o meio mais eficaz de prevenção do VIH/SIDA em população sexualmente activa (Fineberg, 1988; Roper et al., 1993; McIntyre & Costa, 2004; 2007).

A presente investigação (teste da eficácia das intervenções ACCENT e Didáctica) resultou de uma adaptação dos estudos de Hobfoll e colaboradores (2002), ao contexto africano, assim como, do seguimento das investigações de McIntyre e Costa (2004; 2007) em contexto português. Conclui-se que as intervenções com treino de competências em grupo, e o ACCENT especificamente, possuem características que as tornam particularmente eficazes na mudança comportamental (Costa, 2007; O'Leary & Wingood, 2000). Os resultados da presente investigação demonstram que a intervenção Didáctica e o ACCENT são adaptáveis e eficazes em contexto africano.

Em suma, no que toca à eficácia das intervenções testadas em contexto moçambicano, verificou-se que, a médio prazo, estas são eficazes ao nível dos conhecimentos acerca da transmissão/contágio (GA e GD), dos conhecimentos acerca da prevenção (GA e G), da percepção de barreiras face ao sexo seguro (total) (GA e GD), da baixa percepção de risco (GA), da percepção de atitudes negativas face ao sexo seguro (GA), das práticas sexuais seguras actuais (GA e GD), e da utilização do preservativo (GA e GD). Embora ambas as intervenções experimentais sejam eficazes ao nível da promoção das variáveis supracitadas, à excepção do aumento dos conhecimentos, em que ambas as intervenções são igualmente eficazes, a IA é superior à ID. Os ganhos observados a curto prazo mantiveram-se médio prazo (aos 3 meses após as intervenções) para ambas as intervenções, ao nível dos conhecimentos acerca do VIH/SIDA. Ao nível da percepção de atitudes do parceiro como negativas, das práticas sexuais seguras actuais, e da utilização do preservativo nos últimos 4 actos sexuais, ambos os grupos de intervenção apresentam manutenção dos ganhos a médio prazo, mas a intervenção ACCENT demonstra ser superior à intervenção Didáctica. No

que se refere à percepção de barreiras face ao sexo seguro, à ausência de percepção de risco e à percepção negativa face ao sexo seguro, apenas o GA é eficaz na manutenção dos ganhos a médio prazo. O grupo ACCENT também evidenciou ganhos ao nível do suporte social, que só se manifestaram a médio prazo. Estes dados são muito importantes para um contexto em que o VIH/SIDA é um dos maiores flagelos de saúde (UNAIDS, 2008) e onde a intervenção psicossocial ao nível da prevenção da doença escasseia. Finalmente e porque a cultura tem vindo a ser considerada um conceito essencial na compreensão dos níveis de incidência do SIDA, assim como, no planeamento de estratégias de prevenção (Parker, 2001; cit. por Wilson & Miller, 2003), é muito encorajador verificar que, feitas as devidas adaptações (que podem ser consultadas no capítulo da metodologia), é possível implementar estas intervenções, que se mostraram tão pertinentes na prevenção do VIH/SIDA noutros continentes, ao contexto moçambicano.

## **6.2. Discussão dos Resultados das Análises Exploratórias**

As análises exploratórias pretenderam investigar a associação entre as variáveis psicossociais que a literatura científica tem evidenciado como associadas ao VIH/SIDA, e as variáveis comportamentais em estudo (práticas sexuais seguras actuais, que engloba a intenção e compra de preservativos; e utilização do preservativo). Também se estudaram os correlatos da auto-eficácia para a utilização do preservativo por se ter apurado ser o correlato mais importante dos comportamentos preventivos.

Os resultados das análises exploratórias demonstraram que as variáveis demográficas idade (ser mais jovem) e escolaridade (possuir mais anos de escolaridade) encontravam-se associadas a ambas as variáveis comportamentais em estudo (práticas sexuais seguras actuais, e utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais), assim como, com a auto-eficácia para a utilização do preservativo. Em termos de variáveis maritais/relacionais, verificou-se que não possuir parceiro sob compromisso (estar solteira ou não viver com o companheiro), e conversar com o (os) parceiro (os) acerca do VIH/SIDA também são variáveis associadas às variáveis comportamentais em estudo e à auto-eficácia para a utilização do preservativo. O conjunto dos correlatos sociodemográficos e maritais explica 50% ou mais da variância encontrada. No que se refere aos correlatos psicossociais, embora com menor peso do que os correlatos

anteriores, destacaram-se a auto-eficácia para a utilização do preservativo, como o correlato mais importante, e a percepção de barreiras face ao sexo seguro. Mais especificamente, no que respeita à variável práticas sexuais seguras actuais, a auto-eficácia para uso do preservativo, a percepção de barreiras (total) e o conjunto de sub-escalas de percepção de barreiras face ao sexo seguro, apresentam-se como correlatos desta variável comportamental. A auto-eficácia para o uso do preservativo é um correlato significativo da variável comportamental utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais. O conhecimento acerca da prevenção do VIH/SIDA e a percepção de barreiras face ao VIH/SIDA revelaram-se correlatos da auto-eficácia para o uso do preservativo, variável esta que se apresenta como correlato significativo das duas variáveis comportamentais estudadas.

Primeiramente iremos discutir as variáveis sociodemográficas e maritais enquanto correlatos, uma vez que são transversais a todas as variáveis de resultado estudadas (práticas sexuais seguras, utilização do preservativo, e auto-eficácia para o uso do preservativo). Posteriormente, discutiremos as variáveis psicossociais.

### **6.2.1 Correlatos Demográficos e Maritais**

As *variáveis demográficas* (idade e escolaridade) e *maritais/relacionais* (estado civil e conversar sobre SIDA com os parceiros) demonstraram estar associada às variáveis comportamentais (práticas sexuais seguras actuais, que engloba a intenção e compra de preservativos, e utilização do preservativo) e cognitiva (auto-eficácia para o uso do preservativo) estudadas.

No que se refere especificamente às *variáveis demográficas*, ser mais jovem, assim como, possuir mais do que seis anos de escolaridade, estão associadas a maiores níveis de auto-eficácia para o uso do preservativo, a maiores níveis de práticas sexuais seguras, e a um maior nível de utilização do preservativo. No que se refere à *idade*, os dados encontrados na presente investigação contrariam aqueles que a literatura tem vindo a apresentar, na medida em que são vários os estudos que referem que as mulheres mais jovens incorrem em mais comportamentos de risco face ao VIH/SIDA (Morrison-Beedy, Carey, Feng & Tu, 2008; Villela & Doreto, 2006). Segundo Feijó e Oliveira (2001), os jovens arriscam no que se refere ao comportamento sexual, na medida em que tendem a ter muitas relações sem protecção, mesmo havendo alternância de parceiros. A este facto aliam-se características físicas, na medida em que as mulheres mais jovens estão mais susceptíveis ao VIH e outras ISTs, porque o epitélio do colo do

útero de uma mulher jovem é mais susceptível às infecções do que uma anatomia feminina mais madura (Martingo, 2002). Embora existam estudos no contexto africano que apontem no mesmo sentido (as mulheres jovens apresentam mais comportamentos de risco sexual para o VIH/SIDA) (Mabala, 2006; UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005), acredita-se que a diferença entre o que a literatura refere e o que se verifica na presente investigação, com mulheres Moçambicanas, se deve a particularidades da cultura. Num contexto onde a subjugação ao homem (normalmente marido ou companheiro) é comum (Silva & Andrade, 2005; UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005) e onde o casamento precoce é uma prática corrente (Thomas, 2007), é natural que as mulheres mais velhas sejam aquelas que já se encontrem sob o “domínio” dos maridos/companheiros e, portanto, tenham menos possibilidade de fazer escolhas livres ao nível de uma sexualidade segura. Acredita-se que as mulheres mais novas sejam aquelas que conseguem viver com maior autonomia em termos relacionais, porque não se encontram comprometidas e, como tal, poderão escolher mais livremente as suas condutas sexuais. Não quer isto dizer que estas mulheres mais jovens tenham mais parceiros do que as mulheres mais velhas e, por isso, se preocupem mais com a protecção sexual. Na verdade, na presente amostra, o número de parceiros tende a ser apenas um em mulheres de diferentes faixas etárias ( $\geq 20$  anos: 90.5%; 21 a 25 anos: 93.3%;  $>25$  anos: 91.1%). Este argumento ganha algum apoio quando se verifica que, na presente amostra, as mulheres solteiras (que tendem a ser as mais jovens) são aquelas que possuem níveis mais elevados de auto-eficácia e de práticas sexuais seguras, e mais utilizam o preservativo, como veremos de seguida na discussão das variáveis maritais.

No que se refere à *escolaridade*, os resultados da presente investigação corroboram os dados postulados na literatura: um maior nível de escolaridade associa-se a comportamentos sexuais mais seguros (e.g. Ferreira, 2003; Hasnain et al., 2007; Schneider et al., 2008; Vavrus, 2006). Por exemplo, em contexto africano, Vavrus (2006) constatou que um maior nível de alfabetização está associado a um maior nível de conhecimentos sobre VIH/SIDA, quer em homens, quer em mulheres. Adicionalmente, também Schneider e colaboradores (2008) verificaram que a maioria dos indivíduos cujo teste para o VIH foi positivo, possuíam um baixo nível de escolaridade. Perante os resultados encontrados na presente investigação, com mulheres Moçambicanas em risco, concorda-se com Rocha (2007), quando refere que uma das mais importantes armas para mobilizar as mulheres na luta contra o VIH/SIDA passa pelo acesso à educação. Esta questão reveste-se de primordial importância quando se

verifica que, no continente africano, as mulheres são o grupo populacional com menor nível de escolaridade (UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005). Em Moçambique, de acordo com o Ministério da Juventude e dos Desportos (2000), a educação e o acesso à escola tem sido o factor protector chave para a saúde sexual e reprodutiva de muitas mulheres jovens. No entanto, é de lamentar que apenas 5% da população feminina moçambicana frequente o ensino secundário. Assim, os dados da presente investigação reforçam o argumento de que é crucial investir na educação das mulheres Moçambicanas como forma de as proteger face ao VIH/SIDA.

No que se refere às variáveis *maritais/relacionais*, verificou-se que ser solteira ou não viver com o companheiro, e conversar com o (os) parceiro (os) acerca do VIH/SIDA são variáveis associadas a comportamentos sexuais mais seguros (práticas sexuais seguras e utilização do preservativo) e variáveis cognitivas muito importantes para a protecção (auto-eficácia para o uso do preservativo). No que se refere ao *estado civil*, verificou-se que as mulheres solteiras e que não vivem com os companheiros são aquelas que têm mais práticas sexuais seguras, mais utilizam o preservativo e que possuem um maior nível de auto-eficácia para a o uso do preservativo, o que vai de encontro ao que a literatura sugere (Akawara, 2003, cit. por Snelling, 2007; Pinho et al., 2002). Embora a literatura tenha vindo a referir que ser casado ou viver com o companheiro possa ser um factor de protecção sexual (Davis et al., 2006; Santos et al., 2002), isto ocorre apenas tendo em conta o número de parceiros, na medida em que estas mulheres ditas comprometidas são mais susceptíveis de reduzir a frequência de relacionamentos ocasionais (Akawara, 2003, cit. por Snelling, 2007). No entanto, no que se refere especificamente às questões relacionadas com a utilização do preservativo (e.g. auto-eficácia para o uso do preservativo, intenção, compra e uso do mesmo), a literatura sugere que as mulheres solteiras ou que não possuem um relacionamento estável são aquelas que mais se protegem a esse nível (Akawara, 2003, cit. por Snelling, 2007; Pinho et al., 2002). Neste seguimento, e em relação ao contexto africano em particular, o casamento pode surgir como um risco para a mulher, na medida em que frequentemente se trata de um casamento forçado. Embora não haja muitos estudos sobre esta temática, sabe-se que entre várias culturas africanas, o casamento forçado ainda é uma prática vulgar (UNESCO & SAFAIDS, 2001), o que coloca a mulher em risco para uma vida sexual desprotegida, na medida em que a coerção e subordinação começam logo na própria escolha do parceiro. Esta explicação apoia a argumentação acima descrita acerca da idade, na medida em que mulheres jovens (e que na presente

amostra são as mais protegidas, ao contrário do que dita a literatura), poderão ser aquelas que ainda não tiveram que viver esse constrangimento do casamento forçado e, logo, têm mais liberdade para fazer opções ao nível duma sexualidade mais segura.

No que se refere à variável marital/relacional *conversar com o parceiro sobre SIDA*, na presente amostra, as mulheres que estabelecem esse tipo de comunicação são aquelas que se encontram mais protegidas (mais práticas sexuais seguras, mais utilização do preservativo e maiores níveis de auto-eficácia para a utilização do preservativo). Isto vai de encontro ao que se encontra referido na literatura (Jarama et al., 2007; Moyo et al., 2008). Por exemplo, Moyo e colaboradores (2008), no decorrer de uma investigação em contexto sul-africano, constataram que o principal preditor do uso do preservativo, sobretudo entre a população feminina, passava por falar com os parceiros acerca do mesmo. Esta questão da pertinência da promoção da comunicação entre os casais acerca de temáticas de saúde sexual assume uma grande importância no contexto africano, dado saber-se que, neste âmbito, a mulher Africana nem sempre se encontra à vontade para criar um ambiente de comunicação saudável, devido às normas de género. De acordo com Marshall e Taylor (2006), entender as relações de género é uma das chaves para a resposta ao SIDA, pois, muitas vezes, é o desequilíbrio nas relações de poder entre homens e mulheres que leva à propagação do VIH nas relações heterossexuais. Na opinião de Thomas (2007), no continente africano, a desigualdade de géneros é a principal razão para as elevadas prevalências de infecção pelo VIH. A intervenção ACCENT, testada neste trabalho, tem uma forte incidência nas competências relacionais e de comunicação com o parceiro (e.g. treino da negociação e da assertividade com o parceiro), tendo produzido efeitos significativos a este nível, a curto e médio prazo. Estes dados confirmam que estas competências devem ser um ingrediente fundamental de intervenções preventivas do VIH/SIDA no contexto africano.

### **6.2.2 Correlatos Psicossociais**

As variáveis de resultado em estudo são as práticas sexuais seguras actuais (intenção e compra de preservativos), a utilização do preservativo e a auto-eficácia para a negociação do preservativo. Esta última assumiu-se como variável de resultado (embora não seja comportamental), porque revelou estar associada a ambas as variáveis comportamentais, o que torna pertinente investigá-la e perceber de que forma esta

variável cognitiva influencia as variáveis comportamentais em estudo. Passaremos a discutir os correlatos associados a cada uma delas.

### **Práticas Sexuais Seguras Actuais**

No que se refere à variável comportamental *práticas sexuais seguras actuais* (intenção e compra de preservativos), verificou-se que a auto-eficácia para uso do preservativo, a percepção de barreiras (total) e o conjunto de sub-escalas de percepção de barreiras face ao sexo seguro, apresentaram-se como correlatos desta variável comportamental.

No que se refere à *auto-eficácia para o uso do preservativo*, os dados encontrados são congruentes com a literatura científica. Por exemplo, Baele e colaboradores (2001) e Giles e colegas (2005), respectivamente, constataram que a auto-eficácia para o uso do preservativo encontrava-se associada à intenção comportamental para a prática do sexo seguro e que a auto-eficácia, juntamente com as normas subjectivas, eram as variáveis que melhor prediziam a intenção do uso do preservativo. Os resultados de um estudo desenvolvido por Muñoz-Silva e colaboradores (2007), com uma amostra de jovens universitários portugueses e espanhóis ( $n=603$ ), de ambos os sexos (345 mulheres e 258 homens), chegou a conclusões muito semelhantes: a auto-eficácia, juntamente com as atitudes e as normas subjectivas, revelou ser um dos melhores preditores para a intenção do uso do preservativo. Uma vez que o presente estudo se desenvolve com uma amostra de mulheres Africanas, os resultados aqui encontrados, são especialmente relevantes, pois sabe-se que a auto-eficácia é influenciada por questões culturais (Leal, 2005). Boer e Mashamba (2007) tentaram identificar as variáveis psicossociais (derivadas da Teoria do Comportamento Planeado e da Teoria da Motivação para a Protecção) associadas à intenção para o uso do preservativo numa amostra africana de ambos os géneros. Os resultados demonstraram que, entre os homens, os principais preditores para o uso do preservativo foram as normas subjectivas e as atitudes; no caso das mulheres, as variáveis mais significativamente associadas à intenção para o uso do preservativo foi igualmente as atitudes, mas também a auto-eficácia. Ou seja, também em contexto africano, a auto-eficácia revela-se como uma das variáveis mais importantes associadas à protecção sexual das mulheres face ao VIH/SIDA e outras ISTs. As práticas sexuais seguras são de extrema importância na protecção face ao VIH/SIDA, na medida em que estudos levados a cabo em contexto africano (e.g. Nigéria) referem que a intenção e

compra/obtenção de preservativos é um dos melhores preditores para o uso efectivo do mesmo (Sunmola et al., 2008), pelo que é necessário identificar os factores psicossociais que influenciam essa intenção e compra (práticas sexuais seguras actuais). Na presente investigação verificou-se que a auto-eficácia para o uso do preservativo assume uma posição de relevância nesta interacção de influências, sendo uma variável alvo importante no desenvolvimento de intervenções preventivas na mulher Africana que aumentem as crenças destas mulheres na sua capacidade de operarem o comportamento sexual seguro, numa realidade sócio-cultural onde este esforço pode ser particularmente difícil. A intervenção ACCENT incidiu particularmente no treino de competências para o uso do preservativo, tais como, o treino da negociação com o parceiro, o treino da assertividade, e a orientação para um plano de acção no que se refere à saúde sexual, o que prevê o aumento dos níveis de auto-eficácia para o uso do preservativo nestas mulheres Moçambicanas em risco para o VIH/SIDA.

No que se refere à *percepção de barreiras face ao sexo seguro*, constatou-se que a *percepção de barreiras (total)*, e as sub-escalas *percepção de ausência de risco*, *percepção de atitudes do parceiro como negativas* e *percepção de baixa auto-eficácia na comunicação com o parceiro* são correlatos significativos das práticas sexuais seguras. Mais especificamente, a percepção de barreiras acerca do sexo seguro correlaciona-se negativamente com as práticas sexuais seguras: quanto menor o nível de percepção de barreiras face ao sexo seguro, maior é a evidência de intenção e compra/obtenção do preservativo entre as mulheres Moçambicanas estudadas. A literatura tem vindo a sugerir que a percepção de barreiras é um forte preditor dos comportamentos sexuais (Rosenstock et al., 1994) e vários estudos têm confirmado essa relação (e.g. Dias et al., 2002; Genberg et al., 2008; Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2006). Por exemplo, Neef e Crawford (1998) avaliaram a eficácia da aplicação do MCS na prevenção do VIH/SIDA, tendo os resultados evidenciado que a ausência de percepção de barreiras face ao sexo seguro é um dos melhores preditores de comportamentos sexuais seguros, em sujeitos de diferentes etnias. Também Wilson e colaboradores (1990) verificaram que os adolescentes zimbabueanos que possuíam um conjunto de barreiras face ao uso do preservativo, tais como, embaraço em falar sobre o uso de preservativos com os parceiros, embaraço na aquisição de preservativos, crença de que as pessoas que usam preservativos são promíscuas, e crenças de que o prazer do sexo desprotegido valia a pena, eram preditores da não utilização do preservativo. Hingson e colaboradores (1990) verificaram que os adolescentes que acreditavam que



os preservativos não reduzem o prazer sexual e que não se sentem embaraçados ao solicitarem a sua utilização, tinham 3.1 e 2.4 vezes maior probabilidade, respectivamente, de usar preservativos. Os resultados destes estudos sugerem que esta variável custos/percepção de barreiras é um construto com suporte empírico. A percepção de barreiras não influencia apenas a intenção, mas também a compra de preservativos. Freitas (2003), no decorrer de um estudo com população portuguesa universitária ( $n=312$ ), constatou que ainda existe uma atitude de “vergonha” associada à compra do preservativo, principalmente entre a população feminina, o que invalida a concretização desse comportamento. De acordo com Janz e Becker (1984), as barreiras são a dimensão mais poderosa do MCS. Assim, é essencial ter em linha de conta o poder destas variáveis na promoção de comportamentos sexuais saudáveis na mulher Moçambicana. Vários estudos têm evidenciado a existência de crenças e atitudes negativas em relação a comportamentos sexuais protegidos (e.g. uso do preservativo), no sentido de que ele quebra a harmonia e o ritmo do encontro sexual e afecta negativamente a disposição sexual e a intenção do seu uso. Esta realidade é preocupante, dado saber-se que a utilização do preservativo é uma das formas mais eficazes de protecção face à infecção pelo VIH/SIDA. É muito importante estudar as crenças, atitudes e intenções face ao preservativo, pois são estes alguns dos factores que antecedem o comportamento sexual (Freitas & Borges-Andrade, 2004). Existe uma sequência organizada até chegar a um comportamento observável: crença sobre o objecto, atitude em direcção ao objecto, intenção com respeito ao objecto, e comportamento em relação ao objecto (Ajzen & Fishbein, 1980; cit. por Freitas & Borges-Andrade, 2004). Considera-se importante atender ao facto da cultura moçambicana também propiciar um terreno fértil para a construção de percepções negativas face a uma sexualidade segura. Marshall e Taylor (2006) são da opinião de que a cultura africana/moçambicana vivida em vários contextos, reforça a ideia de que os homens são dominantes e as mulheres ocupam uma posição inferior, o que não permite desmistificar percepções erróneas e corrigir comportamentos desprotegidos. Assim, há que perceber a importância da percepção positiva face a comportamentos sexuais protegidos, de forma a trabalhar esta variável que sugere ser tão importante na modificação de comportamentos sexuais saudáveis (intenção e compra/obtenção de preservativos). Adicionalmente, sabe-se que a questão da intenção do uso do preservativo por parte da mulher envolve uma interacção e cooperação com o parceiro, onde não pode ser descurada a questão das relações de poder de género (Harvey et al.,

2006), que, frequentemente, é causadora da percepção de barreiras por parte das mulheres em risco. Mais uma vez, o enfoque nas competências de negociação com o parceiro, que a IA proporciona, é um componente importante deste tipo de intervenção e poderá ser um dos ingredientes principais das mudanças comportamentais conseguidas a curto e a médio prazo.

### **Utilização do Preservativo nos Últimos Quatro Actos Sexuais**

Relativamente à variável comportamental *utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais*, constatou-se que a *auto-eficácia para uso do preservativo* é um correlato significativo desta variável comportamental. Adicionalmente, verificou-se que a *auto-eficácia geral* é um correlato marginalmente significativo. Na verdade, estas duas variáveis relacionam-se profundamente, pois integram a mesma dimensão: crença de que se consegue exercer controlo sobre a própria motivação, processos de pensamento, estados emocionais e padrões de comportamento (Bandura, 1994; cit. por Costa, 2007). No entanto, tratando-se de um comportamento sexual (utilização do preservativo) muito específico, percebe-se a relação mais forte da auto-eficácia para o uso do preservativo. Mais uma vez, os dados encontrados na presente investigação replicam a literatura científica, na medida em que vários autores referem que as crenças de auto-eficácia se encontram altamente relacionadas com o comportamento sexual seguro (Baele et al., 2001; Chewning, et al., 2001; O'Leary & Jemmott, 1995; Pallonen, Williams, Timpson, Bowen & Ross, 2008; Rogado & Leal, 2000). Vários estudos têm permitido concluir que elevados níveis de auto-eficácia estão relacionados com o uso efectivo do preservativo (Rogado & Leal, 2000), quer no que se refere à auto-eficácia geral, quer em relação à auto-eficácia para o uso do preservativo. Concluindo, considera-se que é crucial reconhecer a importância da auto-eficácia na negociação do preservativo (e auto-eficácia geral) na consumação do comportamento sexual seguro (uso efectivo do preservativo), de modo a integrar esta variável em todos os esforços de promoção dos comportamentos sexuais seguros, de forma consistente e adaptada. Se se sabe que quanto maior for a percepção de eficácia, mais persistente é o esforço face a um dado comportamento (Costa & Leal, 2005), é essencial criar as condições necessárias ao aumento dos níveis de auto-eficácia, em intervenções de prevenção do VIH/SIDA, dirigidas a mulheres Moçambicanas. A IA, aqui testada, mostrou superioridade na promoção de auto-eficácia no uso do preservativo e nas mudanças comportamentais associadas a esta.

### **Auto-Eficácia para o Uso do Preservativo**

Como já referimos amplamente, a *auto-eficácia para o uso do preservativo* demonstrou ser uma variável de elevada importância na presente investigação, na medida em que se apresenta como um forte correlato das duas variáveis comportamentais em estudo: práticas sexuais seguras actuais (intenção e compra de preservativos) e utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais. Assim sendo, importa saber que variáveis psicossociais se associam a esta variável cognitiva tão importante na mudança comportamental para o sexo seguro em mulheres Moçambicanas em risco. Neste seguimento, verificou-se que os *conhecimentos acerca da prevenção*, a *percepção de barreiras (total)*, a *percepção de atitudes do parceiro como negativas* e a *percepção de baixa auto-eficácia na comunicação com o parceiro* são correlatos significativos da auto-eficácia para o uso do preservativo.

A literatura tem vindo a reforçar cada vez mais o facto de que, o aumento dos conhecimentos, por si só, não é capaz de operar a mudança comportamental desejada em termos de comportamentos sexuais (Ferreira, 2008; Singh, 2003). De facto, na presente investigação, os conhecimentos não se associaram com as variáveis comportamentais. No entanto, ao que parece, os conhecimentos influenciam outras variáveis psicossociais que, por sua vez, influenciam directamente as variáveis comportamentais, assumindo um papel mediador. Por exemplo, Singh (2003) é da opinião de que a falta de conhecimentos acerca do VIH/SIDA e de questões relacionadas com a saúde sexual, continua a ser uma das principais causas para a elevada incidência do VIH/SIDA nas mulheres, na medida em que possuir informação correcta e rigorosa relaciona-se com a formação de percepções de risco e mecanismos de resposta adequados. Quer isto dizer que as pessoas devem primeiramente estar conscientes dos riscos envolvidos, para, posteriormente, mudarem os seus comportamentos (Ferreira, 2008; Snelling et al., 2007). Na presente investigação especificamente, os conhecimentos acerca da prevenção do VIH/SIDA associam-se à auto-eficácia para o uso do preservativo ( $r=-.374$ ,  $p=.000$ ), e a outras variáveis psicossociais relevantes como, por exemplo, a percepção de barreiras face ao sexo seguro ( $r=-.347$ ,  $p=.000$ ). Neste estudo confirmou-se o que outros estudos sugerem: a passagem de informação correcta e adequada não é sinónimo de mudança, mas é o primeiro passo do processo de mudança, pois influencia outras variáveis importantes. Em contexto moçambicano sabe-se que ainda há muita falta de informação correcta acerca da prevenção da doença, nomeadamente, que ter relações sexuais com uma

jovem virgem elimina o vírus (UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005), que o SIDA não é fatal e de que é possível identificar uma pessoa infectada apenas pela aparência (Macia & Langa, 2004), que o SIDA é uma doença curável de forma tradicional (nos curandeiros) (Monteiro, 2005), etc. Perante os resultados da presente investigação, é incontestável a importância e a necessidade de contrariar estes mitos e aumentar os níveis de conhecimentos correctos acerca da doença, como forma de aumentar os níveis de auto-eficácia e, consequentemente, os níveis de práticas sexuais seguras e utilização efectiva do preservativo.

Relativamente à percepção de barreiras face ao sexo seguro, verifica-se que a *percepção de barreiras (total)*, a *percepção de atitudes do parceiro como negativas* e a *percepção de baixa auto-eficácia na comunicação com o parceiro* são correlatos significativos da auto-eficácia para o uso do preservativo. Estes resultados são coerentes, na medida em que se tratam de barreiras que não se relacionam apenas com a própria pessoa (e.g. percepção de ausência de risco ou percepção de atitudes negativas face ao sexo seguro), mas também com o parceiro. Assim, é natural que as mulheres que percebem barreiras que também dependem do parceiro se sintam pouco capazes de negociar o uso do preservativo com os mesmos. Em contexto africano, a percepção de barreiras face ao sexo seguro (e.g. utilização do preservativo, normas de género) tem vindo a ser referido como um forte entrave à prevenção do VIH/SIDA (Marshall & Taylor, 2006; UNESCO & SAFAIDS, 2001), pelo que é importante identificar o tipo de barreiras específico que condiciona o comportamento sexual seguro de mulheres em risco sexual. Os resultados da presente investigação informam acerca dessas barreiras específicas e orientam a prática, sabendo-se que, no que se refere às mulheres moçambicanas participantes desta investigação, as barreiras que envolvem os parceiros são aquelas que mais afectam os níveis de auto-eficácia para a utilização do preservativo. Neste âmbito, a intervenção ACCENT apresenta-se como especialmente pertinente, na medida em que aborda e treina competências relacionais (e.g. negociação e assertividade), que podem contribuir significativamente para a diminuição da percepção de barreiras que envolvem o parceiro e, assim, potenciar os níveis de auto-eficácia para o uso do preservativo.

Em suma, os resultados das análises exploratórias abrem caminho acerca de uma série de questões de promoção da saúde sexual, nunca antes investigadas em contexto moçambicano. Os correlatos identificados permitem apoiar um modelo de interacção entre as variáveis psicossociais e comportamentais em estudo, o que dá um panorama

mais real e integrado dos comportamentos sexuais de risco em mulheres Moçambicanas. Foi possível perceber que a idade, a escolaridade, o estado civil, e o facto de conversar sobre SIDA com o parceiro são factores importantes nas variáveis cognitivas (auto-eficácia para o uso do preservativo) e comportamentais (práticas sexuais seguras actuais, e a utilização do preservativo) relacionadas com a prevenção do VIH/SIDA. Adicionalmente, a auto-eficácia para o uso do preservativo, a percepção de barreiras e os conhecimentos sobre a prevenção, são factores cognitivos importantes a nível comportamental. Os correlatos identificados neste estudo vão de encontro aos modelos teóricos revistos no capítulo I, nomeadamente, a TCP (Madden, Ellen, & Ajzen, 1992). Assim, parece haver alguma generalizabilidade dos construtos psicossociais identificados nos Estados Unidos e Europa, em termos do contexto da mulher Africana. O facto das intervenções inspiradas nestes modelos terem sido eficazes neste contexto, apoia esta generalizabilidade. Contudo, há especificidades que também transparecem neste estudo que se relacionam com aspectos culturais e de género, que têm que ser tidos em conta na implementação das intervenções preventivas.

Concluindo, a presente investigação demonstrou que é possível adaptar intervenções ocidentais na prevenção do VIH/SIDA ao contexto Moçambicano e que estas conseguem ser eficazes quer a curto, quer a médio prazo, ao nível de várias variáveis comportamentais e psicossociais de extrema importância no âmbito da promoção da saúde sexual de mulheres Moçambicanas. Adicionalmente, colocou-se em evidência os correlatos associados às variáveis comportamentais de risco para a infecção pelo VIH/SIDA na mulher Moçambicana, o que é revelador em termos dos ingredientes que devem integrar as intervenções implementadas. Estes e outros aspectos conclusivos e relacionados com as implicações futuras do estudo serão abordados de forma mais detalhada no capítulo que se segue, relativo à conclusão integrativa do presente trabalho de investigação.

### **6.3. Limitações da Investigação**

A avaliação rigorosa dos resultados e a implicação das suas conclusões em termos de investigações futuras obrigam a uma clara explicitação das limitações do estudo em termos de validade interna e externa, pelo que passaremos a descrevê-las.

A primeira limitação prende-se com algumas características da amostra que poderão ter favorecido as condições de intervenção. Trata-se de mulheres que eram maioritariamente desempregadas e que já foram portadoras de alguma DST (sendo que uma boa parte delas nos últimos 3 meses). Esta realidade (disponibilidade temporal e uma certa sensibilidade e familiaridade com problemas de saúde sexual), aliada ao facto do transporte até ao hospital ter sido comportado pela investigação (todas as participantes) e de durante a investigação serem servidas refeições ligeiras no decorrer de sessões mais longas (apenas mulheres do grupo ACCENT), pode ter influenciado os níveis motivacionais das participantes. Ou seja, o grupo de mulheres que participou na investigação poderá ter estado mais motivado para a mudança comportamental à partida. De acordo com Gibson e colaboradores (1999), as mulheres que estavam motivadas para participar na investigação poderão ter iniciado o processo de mudança comportamental logo à partida, o que coloca em causa o efeito das intervenções. Deste ponto de vista, pode-se inferir que as semelhanças entre os três grupos (inclusive o de controlo) ao nível de algumas variáveis poderá dever-se a este fenómeno (motivação para a mudança pelo simples facto de estarem num contexto alusivo à saúde sexual protegida, tal como se referiu na discussão). Adicionalmente, temos a referir que o simples facto de participar na investigação pode mudar o comportamento no sentido esperado (comportamento sexual seguro) (Kramer and Shapiro, 1984; cit. por Gibson et al., 1999), mesmo num grupo de controlo. Em relação ao facto da investigação ter comportado as despesas de transporte e ter proporcionado algum conforto (refeições ligeiras), embora se assuma que tal possa ter influenciado a motivação das participantes, é tido como uma estratégia razoável, na medida em que a literatura refere que se deve disponibilizar suporte e conforto às mulheres que participam nas investigações dirigidas à melhoria do bem-estar destas, principalmente as que provêm de contextos socioeconómicos desfavorecidos. É muito importante “segurar” este tipo de mulheres nas intervenções, pois são aquelas que mais necessitam e, paradoxalmente, mais desistem delas (Beadnell et al., 2003).

Outra limitação, num plano metodológico, tem a ver com a validade do auto-relato das participantes, especialmente nas medidas de resultado de natureza comportamental. Este é um problema geral de qualquer tipo de investigação desta natureza, mas no caso do presente estudo poderá sê-lo mais ainda, visto que o comportamento sexual é um comportamento muito privado e íntimo (El-Bassel & Schilling, 1992), e portanto, sujeito a mais desejabilidade social. Podem também haver

viezes devido à dificuldade na recordação de pormenores (e.g. frequência dos actos sexuais) (Bogart et al., 2007). Assim, considera-se que a melhor forma de ultrapassar este tipo de limitação no futuro passa pela integração de marcadores biológicos como ISTs (Hobfoll & Schumm, 2002; O'Leary & Wingood, 2000) ou ainda o controlo da compra de preservativos através de cartões de crédito de preservativos a serem usados nas farmácias (Hobfoll & Schumm, 2002) e outros pontos de aquisição, pois constituem-se como medidas objectivas de avaliação da mudança comportamental.

Uma terceira limitação tem a ver com os períodos de seguimento, que são próximos, o que poderá colocar em causa a confiança na durabilidade da mudança comportamental no futuro. A investigação de McIntyre e Costa (2004; 2006) desenvolvida com um desenho, variáveis e amostra semelhantes, seguiu as participantes até aos seis meses, tendo, nesse período, chegado a conclusões muito consistentes com as encontradas aos três meses na presente investigação, o que leva a crer que estes resultados conseguidos aos três meses têm fortes probabilidades de se manterem, pelo menos, até aos seis. Não obstante, não há dúvida de que períodos de seguimento mais longos favorecem a confiança nos resultados da investigação (Hobfoll et al., 1994; McIntyre & Costa, 2004; 2007) e que deverá ser um aspecto a ter em conta em posteriores investigações deste género.

A capacidade de generalização dos dados apresenta-se como uma limitação do estudo, ao nível da validade externa. Esta investigação foi desenvolvida com utentes do Serviço de Consulta Externa de Ginecologia do Hospital Central da Beira, em Moçambique, sendo que a sua amostra é constituída por mulheres do centro do país (sobretudo cidade da Beira). Assim, não é possível generalizar os dados, de forma taxativa, a todas as mulheres Moçambicanas. Seria importante implementar a intervenção noutras zonas moçambicanas de forma a testar a generalização dos resultados a mulheres de contextos moçambicanos mais diversificados. No entanto, é de assinalar que esta zona de Moçambique regista uma das maiores taxas de incidência de VIH/SIDA, pelo que a eficácia das intervenções testadas nesta população é muito relevante e um bom ponto de partida para outras investigações.

No que se refere ao conteúdo das intervenções, há ingredientes complementares que poderiam ser considerados e que poderiam potenciar ainda mais os seus efeitos. Relativamente à intervenção ACCENT, após potenciadas as competências de negociação com o parceiro no grupo alargado, seria interessante trabalhar todas estas questões em termos de promoção da saúde sexual em casal, no caso das mulheres com

parceiros únicos. Outra componente que poderia potenciar os ganhos a médio e longo prazo, seria criar pequenas células de apoio entre os membros do grupo para poderem continuar o suporte iniciado no grupo, fora do mesmo (*peer coaching*). A IA tentou produzir isto de forma informal, mas esta estratégia de suporte de pares poderia ser bem aceite culturalmente em contexto africano e mais intencionalizada como parte da IA. No que se refere à intervenção Didáctica, considera-se que esta foi bem adaptada e resultou adequadamente junto de mulheres Moçambicanas, pelo que se considera que não há aspectos a modificar em implementações futuras neste contexto.

Não obstante as limitações mencionadas, esta foi a primeira investigação realizada em contexto moçambicano que testou duas intervenções psicossociais na prevenção da infecção pelo VIH/SIDA na população feminina em risco, a um nível longitudinal. Adicionalmente, considera-se que o desenho de vários grupos ajudou a perceber quais os ingredientes mais importantes de cada uma das intervenções (Hobfoll et al., 1994; McIntyre & Costa, 2004, O'Leary & Jemmott, 1995). Além disso, acredita-se que se trata de uma investigação que seguiu os procedimentos metodológicos adequados, de acordo com a literatura em matéria de promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/SIDA: população, descrição do recrutamento e método de amostragem, relato das taxas de participação e de mortalidade, descrição dos aspectos de várias teorias que estão a informar as intervenções (e.g. TSC), e seguimento da metodologia necessária ao teste da eficácia das intervenções (*randomised controlled trial*) (Costa, 2007; O'Leary & Jemmott, 1995).



## **CONCLUSÃO INTEGRATIVA E IMPLICAÇÕES FUTURAS**

Neste último capítulo iremos apresentar a conclusão integrativa de todo o trabalho efectuado, assim como, a reflexão acerca das implicações deste trabalho em termos de investigações futuras e da intervenção preventiva face ao VIH/SIDA em contexto africano.

Embora o número de casos de infecção pelo VIH/SIDA tenha vindo a diminuir desde de 2000, este continua a ser prevalente, atingindo 33 milhões de pessoas em todo o mundo (UNAIDS, 2008). Na verdade, o VIH/SIDA continua a ameaçar a vida de milhões de africanos, cresce no continente asiático e desafia a formulação de políticas de saúde, educação e desenvolvimento em todo o mundo (Paiva et al., 2002). Além disso, o número de mulheres infectadas tem vindo a aumentar, representando cerca de 50% dos adultos infectados (UNAIDS, 2008). Na África Subsaariana, do total de adultos infectados, cerca de 60% são mulheres (Floriano, 2006; UNAIDS, 2008). Em Moçambique, no ano de 2007, o país contava com 1.5 milhão de pessoas infectadas pelo VIH/SIDA (UNAIDS, 2008). Neste país as mulheres são especialmente afectadas pelo VIH (UNAIDS, 2006; 2008; Santamaría, 2005).

A vulnerabilidade feminina, sobretudo no continente africano, tem vindo a aumentar (UNAIDS, 2008). A literatura refere que grande parte do risco acrescido nesta população se deve a desigualdades de poder de género que limitam a protecção da mulher face ao SIDA, nomeadamente, no que se refere ao acesso a informação actualizada e adequada acerca da doença (Silveira, Silveira, Béria, Horta, & Tomasi, 2002), ou o acesso à protecção sexual (e.g. uso do preservativo) (O'Leary & Wingood, 2000). Hoje em dia sabe-se que há um conjunto de variáveis que colocam a mulher em risco para o VIH/SIDA. Estes factores são de várias ordens: socioeconómica, psicossocial, sócio-cognitiva e sociocultural. As mulheres contextualmente desfavorecidas, como as Africanas, são as mais vulneráveis e afectadas pelo VIH/SIDA (UNAIDS, 1998). Na ausência de cura ou de vacinas, o controlo do VIH/SIDA passa pela prevenção, que depende sobretudo da mudança comportamental (Guerra & Lima, 2005; Guinan & Leviton, 1995; Dias, Gaspar de Matos, & Gonçalves, 2002).

As intervenções apresentadas na presente investigação pretendem ser um reforço ao nível da prevenção do VIH/SIDA e da promoção da saúde sexual em mulheres Moçambicanas. Assim, e como já referimos, o objectivo deste estudo passou por testar a eficácia de duas intervenções psicossociais (intervenção didáctica e intervenção ACCENT) de prevenção do VIH/SIDA adaptadas ao contexto Moçambicano, como forma de contribuir para a redução do risco de infecção pelo VIH nesta população tão afectada pela doença. A intervenção didáctica focou-se na transmissão de conhecimentos acerca do VIH/SIDA e no esclarecimento de dúvidas, de forma individualizada. A intervenção ACCENT, além de transmitir informação didáctica, focou-se no treino de competências psicossociais. Assim, foi possível verificar que tipo

de variáveis psicossociais constituem ingredientes eficazes em cada uma das intervenções, em termos da mudança comportamental e cognitiva, o que pretende iluminar práticas futuras em termos de desenho de novas intervenções. Visto que a passagem de informação, isoladamente, não é capaz de reduzir os comportamentos de risco (pelo menos, não directamente) (Fisher & Fisher, 2000, 2002; McIntyre & Costa, 2004, 2007; Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2006), é necessário comparar a eficácia relativa deste tipo de intervenção breve e económica (intervenção didáctica) com outro tipo de intervenção mais elaborado (intervenção ACCENT), com treino de competências psicossociais, tidas como mais eficazes na mudança comportamental efectiva (Herbst et al., 2007; Hobfoll et al., 1994, 1989, 2002; McIntyre & Costa, 2004, 2007; Romero et al., 2006). A identificação dos factores que influenciam os comportamentos preventivos deve orientar a teoria e prática das ciências sociais e da saúde no âmbito da prevenção do VIH/SIDA (Oliveira, Dias & Silva, 2005). Neste seguimento, pretendeu-se investigar os factores associados aos comportamentos de risco nestas mulheres vulneráveis, pelo que a identificação dos correlatos associados aos comportamentos sexuais (práticas sexuais seguras actuais e utilização do preservativo) constituiu um objectivo adicional da presente investigação. A identificação destes factores contribuiu para responder a outro dos objectivos traçados: contribuir para uma teoria/modelo explicativo dos comportamentos de risco face ao VIH/SIDA na mulher Moçambicana. Outro dos objectivos desta investigação foi o de adaptar e desenvolver instrumentos de avaliação e manuais de intervenção de prevenção do VIH específicos à população feminina moçambicana em risco, o que foi possível, tal como se descreveu no capítulo relativo à metodologia.

Após terminado o presente estudo, é possível apresentar algumas conclusões integrativas acerca de todo o trabalho de investigação desenvolvido, assim como, traçar algumas implicações futuras baseadas nos resultados encontrados.

Em primeiro lugar, concluiu-se que as intervenções implementadas foram eficazes nesta população de mulheres em risco de VIH/SIDA. A presente investigação comprovou que é possível adaptar intervenções ocidentais de prevenção do VIH/SIDA a contextos socioculturalmente diferentes, como é o Moçambicano. Acima de tudo, foi possível verificar que as intervenções desenvolvidas foram capazes de produzir mudanças significativas no sentido esperado (variáveis psicossociais que apoiam o comportamento sexual seguro e no próprio comportamento sexual seguro). Considera-se esta constatação muito importante, na medida em que se trata de uma população

especialmente afectada pelo VIH/SIDA (UNAIDS, 2008) e onde as intervenções baseadas na evidencia das ciências psicossociais, são praticamente inexistentes. Assim, o objectivo de contribuir para a prevenção de comportamentos sexuais de risco em mulheres moçambicanas foi alcançado, através da intervenção (didáctica e ACCENT) numa série de variáveis psicossociais e comportamentais (e.g. auto-eficácia, uso do preservativo) necessárias à mudança. É importante assinalar que estas intervenções de curta duração produziram ganhos que se mantiveram a curto e médio prazo ao nível dos dois grupos de intervenção. A eficácia das intervenções testadas confirmou-se para grande parte das variáveis de resultado estudadas, principalmente para o Grupo ACCENT que mostrou superioridade na mudança cognitiva e comportamental. Em termos de variáveis comportamentais, confirmou-se a eficácia ao nível da utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais (com superioridade para o GA) e das práticas sexuais seguras actuais. No que se refere às variáveis psicossociais, ambas as intervenções foram eficazes no que se refere aos conhecimentos face ao VIH/SIDA, à percepção de barreiras face ao sexo seguro (total) e à percepção de baixa auto-eficácia na comunicação com o parceiro. Apenas a intervenção ACCENT produziu os efeitos esperados ao nível da baixa percepção de risco, e da percepção de atitudes negativas face ao sexo seguro. Quando analisada a eficácia relativa das duas intervenções, verifica-se que a intervenção ACCENT é superior à intervenção didáctica ao nível de todas as variáveis supracitadas, excepto no que se refere aos conhecimentos, em que ambas as intervenções foram igualmente eficazes. No que se refere à manutenção dos ganhos a médio prazo, esta verificou-se para ambos os grupos ao nível dos conhecimentos acerca da transmissão/contágio, dos conhecimentos acerca da prevenção, da percepção de atitudes do parceiro como negativas, das práticas sexuais seguras actuais, e da utilização do preservativo nos últimos 4 actos sexuais. No que se refere à percepção de barreiras face ao sexo seguro, à ausência de percepção de risco, e à percepção negativa face ao sexo seguro, apenas a intervenção ACCENT conseguiu manter os ganhos obtidos a médio prazo (3 meses). Em relação à auto-eficácia na negociação do preservativo e à percepção de baixa auto-eficácia na comunicação com o parceiro, verificou-se manutenção de ganhos ao longo do tempo nos três grupos, embora os ganhos do GA sejam superiores. O suporte social, que não apresentou ganhos significativos do pré para o pós-teste, apresenta-os a médio prazo, mas apenas para o GA.

A presente investigação coloca em evidência a eficácia da intervenção psicossocial e comportamental na mulher em Moçambique. De facto, a intervenção ACCENT é mais eficaz ao nível de quase todas as variáveis psicossociais. Este facto não surpreende, uma vez que se trata de uma intervenção mais intensiva (duas sessões longas) e que se debruça no treino de várias competências psicossociais e comportamentais. Assim, considera-se que estes dados devem servir para elucidar as instituições de saúde e qualquer organização moçambicana que trabalhe na luta contra o VIH/SIDA, para a necessidade de formar profissionais capazes de desenvolver este tipo de intervenção em contexto Moçambicano. Este facto deve ser levado muito a sério, visto que a prevenção (mudança comportamental) continua a ser a mais importante forma de luta contra o VIH/SIDA e tem demonstrado a sua eficácia (Costa, 2007; McIntyre, 2002, McIntyre e Costa, 2004; O'Campo et al., 1999). Esta constatação é especialmente relevante para países africanos, como é o caso de Moçambique, que são os mais afectados pela doença (UNAIDS, 2008). Uma via possível de expansão e continuidade deste estudo seria o Hospital Central da Beira aproveitar estes dados para apoiar uma iniciativa de integrar a intervenção ACCENT nas suas medidas de luta contra a SIDA; poderia assim servir de exemplo, sendo orientador da intervenção para outras instituições de luta contra a SIDA do país. Não obstante a superioridade da intervenção ACCENT, considera-se importante assinalar a eficácia da intervenção didáctica ao nível de diversas variáveis cognitivas e comportamentais, mas sobretudo no que se refere à transmissão de conhecimentos. Esta constatação é importante no contexto moçambicano, na medida em que se trata de uma intervenção simples, de fácil desenvolvimento, e económica (em termos de tempo, recursos materiais e recursos humanos), o que acaba por ser vantajoso para um país de poucos recursos materiais e humanos como Moçambique. Os resultados são ainda mais significativos quando comparamos as duas intervenções com o grupo de controlo que não experimentou ganhos a este nível.

Ao nível das variáveis comportamentais (práticas sexuais seguras actuais e utilização do preservativo), que são aquelas que em última instância reflectem a efectiva mudança comportamental, verificou-se que ambas as intervenções são eficazes, embora não equivalentes (há uma superioridade do grupo ACCENT). Assim, neste aspecto, os resultados encontrados vão de encontro ao que a literatura tem vindo a sugerir afincadamente: as intervenções mais intensivas com treino de competências são mais eficazes do que as educativas na prevenção do VIH/SIDA (Baker et al., 2003; Coyle et

al., 2006; O' Leary & Wingood, 2000). Não obstante, a intervenção didáctica também evidenciou ganhos ao nível das variáveis comportamentais, a curto e médio prazo. Tal como já foi referido, estes resultados são animadores, na medida em que, na ausência de possibilidade de desenvolver intervenções mais elaboradas e complexas (ACCENT), sabe-se que, embora com resultados mais limitados, intervenções mais simples e económicas, também podem ser eficazes ao nível do aumento das variáveis comportamentais, em contexto moçambicano.

É necessário ter em atenção que nenhuma das intervenções foi eficaz, nem a curto, nem a médio prazo, ao nível de variáveis de bem-estar e cognitivas como a auto-eficácia geral, a depressão, e a auto-estima. Acredita-se que isto se deve ao facto de nenhuma das intervenções se debruçar na potenciação destas variáveis. Consideramos que estes dados não constituem um aspecto negativo das intervenções testadas, na medida em que foram de curta duração e de carácter específico, pelo que não seria de esperar que produzissem efeitos significativos a este nível. Intervenções complementares de carácter mais global, ou dirigidas ao rastreio e melhoria da saúde mental da mulher africana, como era o caso desta amostra, poderão ser muito importantes em potenciar a mudança comportamental desejada a nível sexual, e também em prolongar a manutenção dos ganhos obtidos em intervenções mais especializadas, como as que foram testadas.

No que se refere à identificação das variáveis associadas aos comportamentos de risco, os resultados encontrados na presente investigação são de muita relevância, pois poderão contribuir para a criação de um modelo explicativo dos comportamentos de risco, assim como, de comportamentos de mudanças nas mulheres moçambicanas em risco sexual. A presente investigação colocou em evidência o facto de, na presente amostra, mulheres mais velhas, com menos escolaridade, casadas/comprometidas e que não conversam sobre SIDA com os parceiros, estarem em maior risco para o VIH/SIDA. Estas características aliadas a baixos níveis de auto-eficácia para o uso do preservativo, e elevado nível de percepção de barreiras, contribuem para menores práticas sexuais seguras, tal como preconizado na literatura (Genberg et al., 2008; Giles et al., 2005). Adicionalmente, as mesmas variáveis demográficas e maritais associadas a baixos níveis de auto-eficácia para o uso do preservativo associam-se a uma menor taxa de utilização do preservativo em mulheres moçambicanas em risco, facto que tem vindo a ser referenciado por outros autores (e.g. Pallonen et al., 2008). Aqui, a auto-eficácia para o uso do preservativo, tal como referido na literatura (e.g. Chawning et al., 2001),

surge como uma variável psicossocial de destaque, na medida em que se associa aos dois comportamentos sexuais estudados (práticas sexuais seguras e utilização do preservativo). Esta, por sua vez, encontra-se associada às mesmas variáveis demográficas e maritais referidas e ainda aos conhecimentos acerca da prevenção, percepção de barreiras (total e subescalas), sobretudo, percepção de atitudes do parceiro como negativas e percepção de baixa auto-eficácia na comunicação. Ou seja, a auto-eficácia para o uso do preservativo associa-se ao facto de se ser mais jovem, possuir um maior nível de escolaridade, estar solteira, conversar sobre SIDA com o parceiro, possuir conhecimentos acerca da prevenção do VIH/SIDA e não percepcionar barreiras em relação ao sexo seguro. Estes dados vão de encontro ao que outros autores sugerem que ocorre em contexto moçambicano. No âmbito da abordagem do VIH/SIDA em contexto moçambicano, Macuamule e Foreman (2002) argumentam que factores como a pobreza, a migração, a urbanização, os antecedentes sociais, a idade, o género, a sexualidade dos indivíduos, entre outros, têm um papel muito importante na vulnerabilidade face ao VIH. Ou seja, sabe-se que os comportamentos de risco, em Moçambique, são influenciados por variáveis psicossociais, demográficas e relacionais. Este estudo ajudou a identificar alguns destes aspectos. Considera-se importante que futuras investigações neste contexto identifiquem preditores e não apenas correlatos. Ou seja, que sigam esta associação das variáveis ao longo do tempo de forma a conhecer melhor a relação entre estes diferentes factores. Não obstante, a presente identificação de correlatos é um primeiro esforço na tentativa de perceber melhor as influências sobre os comportamentos de risco, em mulheres moçambicanas.

Este trabalho teve como objectivo contribuir para a melhoria da saúde sexual de mulheres moçambicanas vulneráveis à infecção pelo VIH. Desta forma pretende-se que também a comunidade científica tenha acesso a estes dados de forma a iluminar práticas e investigações futuras, em Moçambique ou outros países africanos, tão afectados pelos VIH/SIDA, sobretudo a população feminina (UNAIDS, 2008). A presente investigação corresponde ao primeiro trabalho desta natureza (avaliação da eficácia de duas intervenções psicossociais utilizando um estudo experimental longitudinal) em contexto moçambicano. Adicionalmente, resultou de um vasto processo de decisões teóricas e empíricas, que não são infalíveis. Assim, embora se assuma que este trabalho respeitou todos os procedimentos éticos e metodológicos inerentes a um trabalho de investigação fidedigno, considera-se que há aspectos que poderiam ter sido melhorados (se a investigação se iniciasse agora) e outros que poderão ser aperfeiçoados no futuro. Na



verdade, as intervenções testadas poderão ser melhoradas em futuras investigações, em Moçambique, uma vez que poderão beneficiar dos conhecimentos adquiridos com a sua implementação. Passaremos a descrever as melhorias que poderão ser efectuadas em futuras investigações desta natureza.

Em primeiro lugar, considera-se que, em termos de racional teórico, seria importante *incluir a revisão de outros modelos altamente relevantes* como é o caso da Teoria de Poder de Género, pela especial atenção que presta às influências dos papéis de género e às questões culturais (Noar, 2007). Até ao momento, esta teoria ainda tem sido pouco explorada enquanto modelo global, pelo que não foi alvo de uma abordagem aprofundada neste trabalho. Seria importante cruzar este modelo relacional com os modelos sociocognitivos tipicamente usados na base da mudança comportamental. Não obstante, a importância dos seus componentes foi realçada no decorrer de grande parte deste trabalho, nomeadamente, na contextualização dos factores que influenciam os comportamentos de risco na mulher, tal como foi revisto no subcapítulo relativo à revisão de variáveis como a vitimização, as características da relação e alguns factores socioeconómicos. Acredita-se que, no futuro, haverá mais investigações que poderão permitir a contemplação desta teoria, como complemento aos modelos de mudança comportamental na prevenção do VIH/SIDA no feminino, revelando assim, o seu suporte empírico.

Uma segunda implicação futura prende-se com o facto de ser possível oferecer *métodos de protecção sexual mais controlados pela mulher*. Na presente investigação, foi feita uma abordagem teórica e prática ao preservativo feminino. No entanto, estes não são muito conhecidos e são de difícil acesso em Moçambique. Assim, optou-se por dar a conhecer este método, assim como, disponibilizar informação acerca do seu acesso (em farmácias apenas por encomenda e onde são caros, e cedidos por ONG's esporadicamente). Sugere-se que no futuro seja feita uma sensibilização junto dos serviços de saúde (e.g. Hospital Central da Beira) e dadores de material (e.g. ONG's a trabalhar na área da prevenção do VIH e outras DSTs) para que este método se torne mais acessível às mulheres que passam por este tipo de intervenção. Acredita-se que passar informação acerca do método, sem facilitar o acesso ao recurso, só não é eficaz, como pode ser stressante e aumentar o nível de frustração e impotência que estas mulheres já poderão sentir em termos de autonomia da sua vida sexual. Seria também importante investigar a percepção que estas mulheres têm acerca deste método

contraceptivo e quais as barreiras percebidas em relação ao acesso a este método e à sua utilização.

No seguimento do aspecto que referimos anteriormente, surge também a necessidade de *criar redes com outros serviços de saúde e de apoio à promoção da saúde sexual* das mulheres estudadas. Seria importante que, em investigações futuras, se contasse com a parceria de outras instituições e organizações no recrutamento, no sentido de alargar a amostra (de acordo com critérios igualmente rigorosos) e integrar mulheres em risco, que não frequentam serviços de saúde especializados (consulta de Ginecologia). Em Moçambique, o mero acesso a estes serviços pode ser considerado um privilégio, em termos de acesso a cuidados de saúde. Assim, seria importante alargar o recrutamento a contextos rurais, onde o acesso à saúde e informação de saúde é escasso. Em termos de apoios e, tal como já foi referido, seria importante criar parcerias com organizações que tivessem a possibilidade de ceder material de difícil acesso (e.g. preservativo feminino) de forma mais abrangente. Um outro parceiro interessante no âmbito da implementação da intervenção ACCENT, seria integrar instituições e profissionais relacionados com o apoio à vítima de violência (e.g. Gabinete de Apoio à Mulher), existentes nas principais cidades moçambicanas.

Ainda em termos de intervenção preventiva do VIH/SIDA, poderia aumentar-se a *abrangência das intervenções de promoção da saúde sexual e prevenção do VIH*. Seria importante democratizar este tipo de intervenções para outras populações, num contexto onde o VIH é um verdadeiro flagelo para a população em geral, onde a intervenção psicossocial escasseia (UNAIDS, 2008), e onde a principal via de infecção é claramente a sexual (Cronqvist & Berg-Schlosser, 2006; Santamaría, 2005; UNAIDS, 2008). Alguns grupos de risco a considerar seriam adolescentes, homens, casais, homossexuais e mulheres trabalhadoras do sexo. Mesmo quando as intervenções se focam na mulher, acredita-se que qualquer tipo de sensibilização consistente ao nível do parceiro e da comunidade, iria beneficiar a população feminina, visto que o comportamento sexual não depende só da própria. A integração do parceiro e outros agentes, em intervenções futuras, seria encorajador, na medida em que beneficiaria a promoção da saúde sexual feminina (Harman & Amico, 2008), sobretudo num contexto sócio-cultural tão marcado pela masculinidade, como é o moçambicano (Silva & Andrade, 2005). Programas de promoção da saúde sexual devem ser desenvolvidos tendo em conta diferentes níveis: individual (no sentido de aumentar conhecimentos, e competências), diádico (desenvolvendo estratégias de segurança no relacionamento),

comunitário (na tentativa de afectar as normas de saúde do grupo), e político (desenvolvendo sistemas legais de protecção dos direitos das mulheres) (Logan et al., 2002). As intervenções ACCENT e Didáctica focaram-se na dimensão individual e indirectamente, na relacional. Na IA também se aludiu a recursos comunitários e se mobilizou a comunidade hospitalar onde o estudo decorreu. Se se organizarem programas com a colaboração de profissionais de várias disciplinas, será possível alargar este âmbito ao nível comunitário e político.

Ainda em termos do envolvimento comunitário, é importante a modificação *das normas sociais e culturais em relação à prevenção do VIH e promoção da saúde sexual feminina*. Este aspecto é de toda a relevância em Moçambique, visto que é um contexto onde a cultura tem um peso preponderante em todas as escolhas individuais e colectivas (Bila et al., 2002). Esta mesma cultura determina papéis muito próprios para a mulher, que frequentemente são contrários ao sentido da prevenção (Harman & Amico, 2008; Silva & Andrade, 2005). Aqui é muito importante contar com a participação de membros da comunidade local e colaboradores que compreendam a um nível profundo as especificidades da cultura no que se refere aos comportamentos que se pretendem mudar. A presente investigação envolveu a participação de vários profissionais locais, nomeadamente, os médicos ginecologistas, enfermeiros, auxiliares e uma colaboradora directa Moçambicana. No entanto e encorajando a implementação das intervenções em contextos rurais, é necessário conhecer as particularidades da cultura a nível local e integrar pessoas representativas no desenvolvimento das próprias intervenções (e.g. agentes de medicina tradicional, os chefes dos bairros, designados de régulos, etc.), para além dos profissionais de saúde convencionais.

Em suma, considera-se que o presente trabalho, pioneiro em contexto moçambicano, poderá orientar a investigação e a prática das estratégias de prevenção do VIH/SIDA junto da população feminina moçambicana. Assim, pretende-se divulgar os resultados desta investigação junto de instituições de poder ao nível da saúde, como é o caso do Ministério da Saúde de Moçambique. Além de proporcionar conhecimentos e identificar factores de risco, pretendeu-se incutir *empowerment* às mulheres que participaram nesta investigação, aumentando assim os seus níveis de auto-eficácia e competências de negociação com os parceiros. Espera-se que estes resultados possam vir a ser replicados em cada vez mais mulheres Moçambicanas em risco sexual e com competências de negociação diminuídas. Este objectivo é possível se as instituições de

saúde moçambicanas implementarem intervenções de cariz psicossocial, como a didáctica e a ACCENT, nos seus esforços de promoção da saúde sexual feminina. Espera-se ainda que estes resultados possam inspirar a prática de profissionais da Saúde, Psicologia, Serviço Social, Sociologia, Antropologia, etc., e contribuir para a intervenção preventiva multidisciplinar. Deseja-se que os dados aqui apresentados possam cumprir o objectivo geral desta investigação: promover a saúde sexual e prevenir o VIH/SIDA em mulheres Moçambicanas em risco. Concluindo, agradecemos profundamente a oportunidade de ter contribuído para a prevenção do VIH/SIDA em Moçambique, junto da população mais vulnerável: a feminina.

*Lutando com firmeza contra as ideias velhas  
Ignorância, obscurantismo, poligamia ou lobolo  
Levando ao olhar a certeza da vitória  
Sabendo que a vitória se constrói com sacrifício*

*Quem é?  
Aquele que ergue o farol da Liberdade  
Quem é?  
Que grita ao mundo inteiro  
Que a nossa luta é a mesma  
É a Mulher Moçambicana Emancipada  
Que traz o povo no seu coração*

Parte do Hino da Mulher Moçambicana,  
Da autoria de Salomão Manhiça

## **REFERÊNCIAS**

---

- Aaro, L.E., Flisher, A.J., Kaaya, S., Onya, H., Fuglesang, M., Klepp, K., & Schaalma, H. (2006). Promoting sexual and reproductive health in early adolescence in South Africa and Tanzania: Development of a theory – and evidence – based intervention programme. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 150-158.
- ACORD. (2004). Desvendando as dinâmicas do estigma e discriminação relacionados com o VIH/SIDA : o papel da pesquisa baseada na comunidade – Estudos de caso do norte do Uganda e Burundi. Londres: Programa de Apoio e Advocacia sobre o HIV e SIDA .
- Agha, S. (2002). An evaluation of the effectiveness of a peer sexual health intervention among secondary-school students in Zambia. *AIDS Education & Prevention*, 14, 269-281.
- Agha, S. (2003). The impact of mass media campaign on personal risk perception, perceived self-efficacy and on other behavioral predictors. *AIDS Care*, 15, 749-762.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Chapter 1, p. 5-11; Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ajzen, I., & Madden, T.J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*; 22, 453-474.
- Albarracín, D., Johnson, B.T., Fishbein, M., Muellerleile, P.A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*; 127, 142-161.
- Albarracín, D., Leeper, J., Earl, A., & Durantini, M.R. (2008). From brochures to videos to counseling: exposure to HIV-prevention programs. *AIDS & Behavior*, 12, 354-362.
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia de investigação em psicologia e educação*. 3ª edição. Psiquilíbrios: Braga.
- Almeida, L., & Freire, T. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e educação*. 4ª edição. Psiquilíbrios: Braga.
- Alvarez, M.J., & Oliveira, M. (2007). Programa de prevenção do HIV/SIDA para estudantes universitários: um estudo piloto. *Revista Portuguesa de Educação*, 20, 183-212.
- Alves, R.N., Kavács, M.J., Stall, R., & Paiva, V. (2002). Factores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 36, 32-39.

- Amorim, M.M., & Andrade, A.N. (2006). Sexual relationships and infections sexually transmitted and AIDS prevention among women in Vitória-ES, Brazil. *Psicologia em Estudo*, 11, 331-339.
- Anderson, J.E., Brackbill, R., & Mosher, W.D. (1996). Condom use for disease prevention among unmarried U.S. women. *Family Planning Perspectives*, 28, 25-28.
- Andersson, N., Ho-Foster, A., Matthis, J., Marokoane, N., Mashiane, V., Mhatre, S., Mitchell, S., Mokoena, T., Monasta, L., Ngxowa, N., Salcedo, M.P., & Sonnekus, H. (2004). National cross sectional study of views on sexual violence and risk of HIV infection and AIDS among south African school pupils. *Primary Care*, 329, 1-5.
- Antunes, M.C., Peres, C.A., Paiva, V., Stall, R., & Hearst, N. (2002). Differences in AIDS prevention among young men and women of public schools in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 36, 88-95.
- APAV. (2006). Relatório APAV 2006. Retirado a 18 de Dezembro de 2006 da World Wide Web do site: [http://www.apav.pt/pdf/totais\\_nacionais\\_2006.pdf](http://www.apav.pt/pdf/totais_nacionais_2006.pdf).
- Aral, S.O., Wasserheit, J.N. (1995). Interactions among HIV, other sexually transmitted diseases, socioeconomic status, and poverty in women. In: O'Leary, A., Jemmott, L.S., eds. *Women at risk: Issues in the primary prevention of AIDS*. New York: Plenum Press, 13-41.
- Aronowitz, T., & Munzert, T. (2006). An expansion and modification of the information, motivation, and behavioral skills model: implications from a study with african american girls and their mothers. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 89-101.
- Ayres, J.R.C.M. (2002). Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios actuais. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 11, 11-24.
- Baele, J., Dusseldorp, E., & Maes, S. (2001). Condom use self-efficacy: Effect of intended and actual condom use in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 28, 421-431.
- Bagnol, B., & Mariano, E. (2008). Vaginal practices: eroticism and implications for women's health and condom use in Mozambique. *Culture, Health and Sexuality*, 10, 573-585.
- Baker, S.A., Beadnell, B., Stoner, S., Morrison, D.M., Gordon, J., Collier, C., Wickizer, K.L., & Stielstra, S. (2003). Skills training versus health education to prevent STDs

- in heterosexual women: a randomized controlled trial utilizing biological outcomes. *AIDS Education & Prevention*, 15, 1-14.
- Banco Mundial (2000). *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 2000/2001*. Washington: Oxford University Press.
- Bandawe, C.R., & Foster, D. (1996). AIDS-related beliefs, attitudes and intentions among Malawian students in three secondary schools. *AIDS Care*, 8, 223-232.
- Bandura A. (1989). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. In: Mays, V.M., Albee, G.W., Schneider, S.M., eds. *Primary Prevention of AIDS*. Newbury Park, CA: Sage; 128-141.
- Bandura A. (1992). A social cognitive approach to the exercise of control of AIDS infection. In: DiClemente, R.J., ed. *Adolescent and AIDS: A Generation in Jeopardy*. Newbury Park, CA: SAGE; 89-116.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice-Hall, Inc: New Jersey.
- Bandura, A. (1994). Social Cognitive Theory and exercise of control over HIV Infection. In R.J. DiClemente & J. Peterson (Eds.). *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions* (pp.25-59). New York: Plenum.
- Basen-Enquist, K. (1992). Psychosocial predictors of “safer sex” behaviors in young adults. *AIDS Education and Prevention*, 4 (2), 120-134.
- Basile, K., Arias, I., Desai, S., & Thompson, M. (2004). The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological, and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationality representative sample women. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 413-421.
- Bastien, S., Sango, W., MnYika, K.S., Masatu, M.C. & Klepp, K.I (2008). Changes in exposure to information, communication and knowledge about AIDS among school children in Northern Tanzania, 1992-2005. *AIDS Care*, 20, 382-387.
- Bastos, F.I. & Szwarcwald, C.L. (2000). AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 16, 65-76.
- Batista, L.E. (2005). Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10, 71-80.
- Beadnell, B., Baker, S., Knox, K., Stielstra, S., Morrison, D.M., DeGooyer, E., Wickizer, L., Doyle, A., & Oxford, M. (2003). The influence of psychosocial difficulties on women`s attrition in an HIV/STD prevention program. *AIDS Care*, 15, 807-820.



- Belcher L, Kalichman S, Topping M, Smith, M, Emshoff, S, Norris, J, Nurss, F. (1998). A randomized trial of a brief HIV risk reduction counseling intervention for women. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 66, 856-861.
- Bellenzani, R., & Malfitano, A.P.S. (2006). Juventude, vulnerabilidade e exploração sexual: um olhar a partir da articulação entre saúde e direitos humanos. *Saúde e Sociedade*, 15, 115-130.
- Bennet, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999) *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Benotsch, E.G, Stevenson, L.Y., Sitzler, C.A., Kelly, J.A., Makhaye, G., Mathey, E.D., Somlai, A.M., Brown, K.D., Amirkhanian, Y., Fernandez, M.I., & Opgenorth, K.M. (2004). HIV prevention in Africa: programs and populations served by non-governmental organizations. *Journal of Community Health*, 29, 319-336.
- Bensley, L., Van Eenwyk, J., & Simmons, K. (2000). Self-reported childhood sexual and physical abuse and adult HIV-risk behaviors and heavy drinking. *American Journal of Preventive Medicine*, 18, 151-158.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, K., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Internal reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*. 151, 8, 1132-1136.
- Bernstein, D. P., Stein, JA, Newcomb, MD, Walker, E, Pogge, D, Ahluvalia, T, Stokes, J, Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D, & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect* 27, 169-190, Pergamon.
- Bertens, M.G.B.C., Eiling, E.M., Bart, B., & Schaalma, H. (2008). Uma Tori! Evaluation of an STI/HIV-prevention intervention for Afro-Caribbean women in the Netherlands. *Patient Education and Counseling*, 75, 77-83.
- Bertrand, J.T., Brown, L.F., Kinzoni, M, Mansilu, M., Djunghu, B. (1992). AIDS knowledge in three sites in Bas-Zaïre. *AIDS Education & Prevention*; 4, 251-266.
- Bhave, G., Lindan, C.P., Hudes, E.S., et al. (1995). Impact of an intervention on HIV, Sexually transmitted diseases, and condom use among sex workers in Bombay, India. *AIDS*, 9, S21-S30.

- Bila, H., Gomes, L., Juvane, V., Fonseca, E., & Kolesnikov, V. (2002). Abordagem sobre as questões de SSR/IST/VIH/SIDA no Ensino Básico. Data: Dezembro de 2002. Retirado a 08 de Setembro de 2008 da World Wide Web do site: <http://www.inde.gov.mz/docs/prevencao10.pdf>
- Boer, H. & Mashamba, M.T. (2005). Psychosocial correlates of HIV protection motivation among black adolescents in Venda, South Africa. *AIDS Education & Prevention*, 17, 590-602.
- Boer, H. & Mashamba, M.T. (2007). Gender power imbalance and differential psychosocial correlates of intended condom use among male and female adolescents from Venda, South Africa. *British Journal of Health Psychology*, 12, 51–63.
- Bogart, L.M., Walt, L.C., Pavlovic, J.D., Ober, A.J., Kalichman, S.C., & Brown, N. (2007). Cognitive strategies affecting recall of sexual behavior among high-risk men and women. *Health Psychology*, 26, 787-793.
- Boileau, C., Rashed, S., Sylla, M., & Zunzunegui, M.V. (2008). Monitoring HIV risk and evaluating interventions among young people in urban West Africa: development and validation of an instrument. *Education and Prevention*, 20, 203-219.
- Bolton, P., & Wilk, C.M. (2004). How do Africans view the impact of HIV? A report from a Ugandan community. *AIDS Care*, 16, 123-128.
- Bonano, L. (2007). Moçambique: infecções de transmissão sexual tratadas, HIV barrado. IRIN PLUS News — notícias e análises sobre HIV e SIDA . Data: 28 de Agosto de 2007. Retirado a 30 de Outubro de 2008 da World Wide Web do site: <http://www.plusnews.org/pt/Report.aspx?ReportId=73986>.
- Borba, K.P., & Clapis, M.J. (2006). Mulheres profissionais do sexo e a vulnerabilidade ao HIV/AIDS. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 18, 254-258.
- Bosompra, K. (2001). Determinants of condom use intentions of university students in Ghana: an application of the theory of reasoned action. *Social Science and Medicine*. 52, 1057-1069.
- Bove, R., & Vallengia, C. (2008). Polygyny and women`s health in Sub-Saharan Africa. *Social Science & Medicine*, 10, 1-9.

- Bowen, A.M., Trotter II, R. (1995). HIV risk in intravenous Drug Users and Crack Cocaine smokers: predicting stage of change for condom use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 238-248.
- Bowleg, L., Belgrave, F.Z., & Reisen, C.A. (2000). Gender roles, power strategies, and precautionary sexual self-efficacy: implications for black and latina women`s HIV/AIDS protective behaviors. *Sex Roles*, 42, 613-635.
- Brook, D.W., Morojele, N.K., Zhang, C., & Brook, J.S. (2006). South African adolescents: pathways to risky sexual behavior. *AIDS Education & Prevention*, 18, 259-272.
- Brunswick, A.F., & Banaszak-Holl, J. (1996). HIV risk behavior and the Health Belief Model: an empirical test in an African American community sample. *Journal of Community Psychology*, 24, 44-65.
- Bryan, A., Kagee, A., & Broaddus, M.R. (2006). Condom use among South African adolescents: developing and testing theoretical models of intentions and behavior. *AIDS and Behaviour*, 10, 387-397.
- Bryan, A.D., Aiken, L.S., & West, S.G. (1999). The impact of males proposing condom use on perceptions of an initial sexual encounter. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 3, 275-286.
- Bryan, A.D., Aiken, L.S., West, S.G. (1996). Increasing condom use: evaluation of a theory-based intervention to prevent sexually transmitted diseases in young women. *Health Psychology*, 15, 371-382.
- Buck, S., Kang, M., Straten, A., Khumalo-Sakutukwa, G., Posner, S., & Padian, N. (2005). Barrier method preferences and perceptions among Zimbabwean women and their partners. *AIDS & Behavior*, 9, 415-422.
- Bunnel, R.E., Nassozi, J., Marum, E., Mubangizi, J., Malamba, S., Dillon, B., Kalule, J., Bahizi, J., Musoke, N., & Mermin, J.H. (2005). Living with discordance: knowledge, challenges, and prevention strategies of HIV-discordant couples in Uganda. *AIDS Care*, 17, 999-1012.
- Busza, J., & Baker, S. (2004). Protection and participation: an interactive programme introducing the female condom to migrant sex workers in Cambodia. *AIDS Care*, 16, 507-518.
- Cabral, R.J., Galavotti, C., Gargiullo, P.M., Armstrong, K., Cohen, A., Gielen, A.C., & Watkinson, L. (1996). Paraprofessional delivery of a theory based HIV prevention counseling intervention for women. *Public Health Reports*, 3, 75-84.

- Campbell, T., Bernhardt, S. (2003). Factors that contribute to women declining antenatal HIV Testing. *Health Care for Women International*, 24, 544-551.
- Canavarro, M.C., Pereira, M., & Morgado, L.M. (2003). A adolescência, a mulher e a SIDA . Data: 24 de Outubro de 2003. Retirado a 10 de Setembro de 2008 da World Wide Web do site: [http://www.aidscongress.net/article.php?id\\_comunicacao=176](http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=176)
- Carey, M.P., Maisto, S.A., Kalichman, S.C., et al. (1997). Enhancing motivation to reduce the risk of HIV infection for economically disadvantaged urban women. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 65, 531-541.
- Carmel S. (1991). The health belief model in the research of AIDS related preventive behavior. *Public Health Review*, 18, 73-85.
- Carnaghi, A., Cadinu, M., Castelli, L., Kiesner, J., & Bragantini, C. (2007). The best way to tell you to use a condom: the interplay between message format and individuals' level of need for cognition. *AIDS Care*, 19, 432-440.
- Casique, L.C., & Furegato, A.R. (2006). Violência contra mulheres: reflexões teóricas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 1-8.
- Catania J.A., Coates T.J., Kegeles S., et al. (1992). Condom use in multi-ethnic neighborhoods of San Francisco: the population-based AMEN (AIDS in multiethnic neighborhoods) study. *American Journal of Public Health*, 82, 284-287.
- Catania J.A., Kegeles S.M., Coates T.J. (1990). Towards an understanding of risk behavior: An AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Education Quarterly*; 17, 53-72.
- Catania, J., Coates, T.J., Kegeles, S. (1994). A test of the AIDS Risk Reduction Model: psychosocial correlates of condom use in the AMEN cohort survey. *Health Psychology*, 13, 548-555.
- Cauldwell, C., Aragon, M., Ken, P.L.A., Tallarico, M., & Barreto, A. (2002). Conhecimentos, atitudes e capacidade dos professores das escolas secundárias e técnicas de Moçambique para ensinar sobre VIH/SIDA. *Revista de Epidemiologia*, 16, 14-16.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). HIV/AIDS and African Americans. Data: 2008. Retirado a 23 de Outubro de 2008 da World Wide Web do site: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/aa/index.htm>

- Chan, D.K.S., Fishbein, M. (1993). Determinants of college women's intentions to tell their partners to use condoms. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 1455-1470.
- Chapman, R.R. (2006). A nova vida: the commoditization of reproduction in central Mozambique. *Medical Anthropology*, 23, 229-261.
- Chaves, C., Ramalho, M.J., Carrilho, P., & Araújo, T. (2005). SIDA e mulher. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 2, 100-125.
- Chen, H.T., & Liao, Q. (2005). A pilot study of the NGO-based relational intervention model for HIV prevention among drug users in china. *AIDS Education & Prevention*, 17, 503-514.
- Chernoff, R.A., & Davison, G.C. (2005). An evaluation of a brief HIV/AIDS prevention intervention for college students using normative feedback and goal setting. *AIDS Education & Prevention*, 17, 91, 104.
- Cherutich, C., Brentlinger, B., Nduati, R., Kiarie, J.N., & Farquhar, C. (2008). Condom use among sexually active Kenyan female adolescents at Risk for HIV-1 infection. *AIDS & Behavior*, 12, 923-929.
- Chewning, B., Douglas, J., Kokotailo, P.K., LaCourt, J., St. Clair, D., Wilson, D. (2001). Protective factors associated with American Indian adolescents' safer sexual patterns. *Maternal and Child Health Journal*, 5, 273-280.
- Chillag, K., Bartholow, K., Cordeiro, J., Swanson, S., Paterson, J., Stebbins, S., Woodside, C., & Sy, F. (2002). Factors affecting the delivery of HIV/AIDS prevention programs by community-based organizations. *Aids Education AIDS Education & Prevention*, 14, 27-37.
- Choi, K., Hoff, C., Gregorich, S.E., Grinstead, O., Gomez, C., & Hussey, W. (2008). The efficacy of female condom skills training in HIV risk reduction among women: a randomized controlled trial. *Research and Practice*, 98, 1841-1848.
- CISM (2007). Prevalência de DTS e lesões cervicais em mulheres da área de Manhica. Retirado a 23 de Julho de 2005 da World Wide Web do site: [http://www.misau.gov.mz/pt/pesquisa\\_investigacao](http://www.misau.gov.mz/pt/pesquisa_investigacao).
- Clark, T.S., Friedrich, G.K., Ndlovu, M., Neilands, T.B., & McFarland, W. (2006). An adolescent-targeted HIV prevention project using African professional soccer players as role models and educators in Bulawayo, Zimbabwe. *AIDS & Behavior*, 10, S77-S83.

- Cohen, M., Deamant, C., Barkan, S., Richardson, J., Young, M., Holman, S., Anastos, K., Cohen, J., & Melnick, S. (2000). Domestic violence and childhood sexual abuse in HIV-infected women and women at risk for HIV. *American Journal of Public Health, 90*, 560- 565.
- Collins, C., Harshbarger, S., Sawyer, R., & Hamdallah, M. (2006). The diffusion of effective behavioral interventions project: development, implementation, and lessons learned. *AIDS Educational and Prevention, 18*, 5-20.
- Conselho Nacional de Combate ao VIH/SIDA (2004). Plano estratégico nacional de combate ao VIH/SIDA 2005-2009 – Componente estratégica: análise da situação. Maputo: Ministério da Saúde Moçambicano.
- Cooperação Brasil-Moçambique & Ministério da Saúde de Moçambique (2000). Um estudo qualitativo para o desenho de intervenções junto das trabalhadoras do sexo. Data: Novembro de 2000. Retirado a 23 de Novembro de 2008 da World Wide Web do site: <http://www.inde.gov.mz/docs/biblio15.pdf>
- Cooperação Brasil-Moçambique & Ministério da Saúde de Moçambique (2000). Análise da vulnerabilidade dos adolescentes ao VIH/SIDA. Data: Novembro de 2000. Retirado a 23 de Novembro de 2008 da World Wide Web do site: <http://www.inde.gov.mz/docs/biblio14.pdf>
- Cornman, D.H., Schmiede, S.J., Bryan, A., Benziger, T.J., & Fisher, J.D. (2007). An information-motivation-behavioral skills (IMB) model-based HIV prevention intervention for truck drivers in India. *Social Science & Medicine, 64*, 1572–1584.
- Corossacz, V.R. (2004). Qual Prevenção? AIDS, sexualidade e género em uma favela carioca. *Cadernos Pagu, 22*, 353-356.
- Costa, E. & Leal, I. (2005). Dimensões sócio-cognitivas na adesão das mulheres à contracepção. *Análise Psicológica, 3*, 247-260.
- Costa, E. (2007). *Avaliação da eficácia de duas intervenções psicoeducativas dirigidas à prevenção da SIDA e promoção da saúde em mulheres com risco para o VIH*. Braga: Universidade do Minho.
- Cotton-Oldenburg, B., Jordan, K., Martin, S., & Kupper, L. (1999). Women inmates' risky sex and drug behaviors: Are they related? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 25*, 129-140.
- Coyle, K.K., Kirby, B.K., Robin, L.E., Banspach, S.W., Baumler, B.E., & Glassman, J.R. (2006). All4you! A randomized trial of an HIV, other STDs, and pregnancy

- prevention intervention for alternative school students. *AIDS Education & Prevention*, 18, 187-203.
- Crespo, A.P., & Gurovitz, E. (2002). A pobreza como um fenómeno multidimensional. *RAE-Eletrônica*, 1, 1-12
- Cronqvist, L., & Berg-Schlosser. Determining the conditions of HIV/AIDS prevalence in Sub-Saharan Africa employing new tools of macro-qualitative analysis. In: Rihoux, B., & Grimm, H. *Innovative comparative methods for policy analysis beyond the quantitative-qualitative divide*. Oxford: Springer US; 2006: 145-166.
- Crosby, R.A, Yarber, W., DiClemente, R.J, Wingood, G.M, & Meyerson, B. (2002). HIV associated histories, perceptions, and practices among low-income African American women: does rural residence matter. *American Journal of Public Health*, 92, 655-659.
- Crosby, R.A., DiClemente, R.J., Wingood, G.M, Sionéan, C., Cobb, B.K., & Harrington, K. (2000). Correlates of unprotected vaginal sex among African American female adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154, 893-899.
- Crosby, R.A., DiClemente, R.J., Wingood, G.M., & Harrington, K. (2002). HIV/STD prevention benefits of living in supportive families: A prospective analysis of high risk African-American female teens. *American Journal of Health Promotion*, 16, 142-145.
- Cunningham, R.M., Stiffman, A.R., Doré P., & Earls, F. (1994). The association of physical and sexual abuse with HIV risk behaviors in adolescence and young adulthood: implications for public health. *Child Abuse and Neglect*, 18, 233-245.
- Cutrona, C.E., & Russell, D.W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships*, Vol. 1, pp. 37-67.
- CWGL, UNIFEM, UNFPA, PNUD, UNICEF, INSTRAW, CIM/OEA, INTERCÂMBIOS, & ISIS (2005). Parceiros violentos e o risco de HIV/AIDS. Data: 2005. Retirado a 02 de Outubro de 2008 da World Wide Web do site: [http://74.125.39.104/search?q=cache:gfdxN3j7T38J:www.isis.cl/temas/vi/activismo/Portugues/03PAREJAS%2520VIOLENTAS\\_POR.pdf+Parceiros+violentos+e+o+risco+de+HIV&hl=pt-PT&ct=clnk&cd=1&gl=pt](http://74.125.39.104/search?q=cache:gfdxN3j7T38J:www.isis.cl/temas/vi/activismo/Portugues/03PAREJAS%2520VIOLENTAS_POR.pdf+Parceiros+violentos+e+o+risco+de+HIV&hl=pt-PT&ct=clnk&cd=1&gl=pt)
- D'Angelo J.L., DiClemente, R.J. Sexually Transmitted Diseases Including Human Immunodeficiency Virus Infection. In: DiClemente RJ, Hansen, WB, Ponton, LE,

- eds. *Handbook of Adolescent Health Behavior*. New York: Plenum Press; 1996: 333-367.
- Dantas-Berger, S.M., & Giffin, K. (2005). Violence in conjugal relations: concealing and taking sexual violence for granted. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 417-425.
- Davis, C., Sloan, M., MacMaster, S., & Kilbourne, B. (2007). HIV/AIDS knowledge and sexual activity: an examination of racial differences in a college sample. *Health and Social Work*, 32, 211-218.
- Davis, W.R., Johnson, B.D., Randolph, D., & Liberty, H.J. (2006). Risks for HIV infection among users and sellers of crack, powder cocaine and heroin in central Harlem: implications for interventions. *AIDS Care*, 18, 158-165.
- Ddungu, E.N. (2007). A mobilização dos membros da comunidade para reflectirem e tomarem uma atitude em relação ao HIV e o SIDA . *Intercâmbio sobre SIDA, Sexualidade e Género*, 4, 8-10.
- Denison, J.A., O'Reilly, K.R., Schmid, G.P., Kennedy, C.E., & Sweat, M.D. (2008). HIV voluntary counseling and testing and behavioral risk reduction in developing countries: a meta-analysis, 1990–2005. *AIDS & Behavior*, 12, 363-373.
- Denner, J., Organista, K.C., Dupree, J.D., & Thrush, G. (2005). Predictors of HIV transmission among emigrant and marginally housed Latinos. *AIDS & Behavior*, 2, 201- 210.
- Devanter N., Gonzalez, V., Merzel, C., Parikh, N.S., Calantano, D., & Greenberg, J. (2002). Effect of an STD/HIV behavioral intervention on women's use of the female condom. *American Journal of Public Health*, 92, 109-115.
- Dgedge, M., Gebresalassie, H., Bique, C., Victorino, M.T., Gallo, M.F., Mitchell, E.M.H., King, K.O., Jamisse, L., Correa, D.M., Almeida, E., & Chavane, L. (2005). *Confrontando a mortalidade materna: A situação da atenção ao aborto nas unidades sanitárias do sector público em Moçambique*. Ipas: Maputo.
- Dias, S. & Gonçalves, A. (2007). Migração e saúde. *Revista do Observatório da Emigração*, 1, 15-26.
- Dias, S., Gonçalves, A., & Silva, M. (2003). *Género e VIH: a vulnerabilidade da mulher nos países em desenvolvimento*. Data: 28 de Outubro de 2003. Retirado a 11 de Abril de 2008 da World Wide Web do site: [http://www.aidscongress.com/article.php?id\\_comunicacao=179](http://www.aidscongress.com/article.php?id_comunicacao=179)



- Dias, S., Matos, M., & Gonçalves, A. (2002). Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao HIV numa comunidade migrante: implicações para a intervenção. *Psicologia, Saúde e Doença*, 3, 89-102.
- DiClemente, R.J., Crittenden, C.P., Rose, E., Sales, J.M., Wingood, G.M., Crosby, R.A., & Salazar, L.F. (2008). Psychosocial predictors of HIV-associated sexual behaviors and the efficacy of prevention interventions in adolescents at-risk for HIV infection: what works and what doesn't work? *Psychosomatic Medicine*, 70, 598-605.
- DiClemente, R.J., Wingood, G. M., Crosby, R. A., Sionean, C., Brown, L. K., Rothbaum, B., Zimand, E., Cobb, B. K., Harrington, K., Davies, S. (2001a). A Prospective Study of Psychological Distress and Sexual Risk Behavior Among Black Adolescent Females. *Pediatrics*, 108, 5, 1-6.
- DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B.K., Harrington, K., et al. (2001b). Parental monitoring: Association with adolescents risk behavior. *Pediatrics*, 107, 1363-1368.
- DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B.K., Harrington, K., & Davies, S. (2001c). Parent-adolescent communication and sexual risk behaviors among African American adolescent females. *Journal of Pediatrics*, 139, 407-412.
- DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Harrington, K.F., Lang, D.L., Davies, S.L., Hook, E.W., Kim, M., Crosby, R.A., Hertzberg, V.S., Gordon, A.B., Hardin, J.W., Parker, S., & Robillard, A. (2004). Efficacy of an HIV prevention intervention for African American adolescents girls – a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 292, 171-179.
- Dittus, P., Miller, K., Kotchick, B.A., & Forehand, R.F. (2004). Why parents matter!: The conceptual basis for a community-based HIV prevention program for the parents of African American youth. *Journal of Child and family Studies*, 13, 5-20.
- Donenberg, G.R., Emerson, E., Bryant, F.B., & King, S. (2006). Does substance use moderate the effects of parents and peers on risk sexual behavior? *AIDS Care*, 18, 194-200.
- Douthwaite, M.R., & Saroun, L (2006). Sexual behavior and condom use among unmarried young men in Cambodia. *AIDS Care*, 18, 505-513.
- Dunkle, K.L., Jewkes, R.K., Brown, H.C., Yoshihms, M., Gray, G.E., McIntyre, J.A., & Hariow, S.D. (2004). Prevalence and patterns of women attending antenatal clinics in Soweto, South África. *American Journal of Epidemiology*, 160, 230-239.

- Durantini, M.R., Albarracín, D., Mitchell, A.L., Earl, A.N., & Gillette, J.C. (2006). Conceptualizing the influence of social agents of behavior change: a meta-analysis of the effectiveness of HIV-prevention interventionists for different groups. *Psychological Bulletin*, 132, 212-248.
- Dworkin, S.L., Exner, T., Melendez, R., Hoffman, S., & Ehrhardt, A.A. (2006). Revisiting “success”: post trial analysis of a gender-specific HIV/STD prevention intervention. *AIDS & Behavior*, 10, 41-51.
- Eke, A.N., Mezooff, J.S., Duncan, T., & Sogolow, E.D. (2006). Reputationally strong HIV prevention programs: lessons from the front line. *AIDS Education & Prevention*, 18, 163-175.
- Eke, A.N., Neumann, M.S., Wilkes, A.L., & Jones, P.L. (2006). Preparing effective behavioral interventions to be used by prevention providers: the role of researchers during HIV prevention research trials. *AIDS Education & Prevention*, 18, 44-58.
- El-Bassel, N., Ivanoff, A., Schilling, R.F., et al. (1995). Preventing AIDS in drug-abusing incarcerated women through skills building and social support: Preliminary outcomes. *Social Work Research*, 19, 131-141.
- El-Bassel, N., Witte, S.S., Gilbert, L., Wu, E., Chang, M., Hill, J., & Steinglass, P. (2005). Long-term effects of an HIV/STI sexual risk reduction intervention for heterosexual couples. *AIDS & Behavior*, 9, 1-13.
- Else, H., Tolhurst, R., & Theobald, S. (2005). Mainstreaming HIV/AIDS in development sectors: have we learnt the lessons from gender mainstreaming? *AIDS Care*, 17, 988-998.
- Esacove, A. (2008). Making sense of sex: rethinking intentionality. *Culture, Health and Sexuality*, 10, 377-390.
- Espósito, A.P.G., & Kahhale, D.M.P. (2006). Profissionais do sexo: sentidos produzidos no cotidiano de trabalho e aspectos relacionados ao HIV. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 329-339.
- Estebanez, P.E., Russell, N.K., Aguilar, M.D., Béland, F., Zunzunegui, M.V., & Study Group on Risk Behavior in Female Injecting Drug Users (2000). Women, drugs and HIV/AIDS: results of a multicentre European study. *International Journal of Epidemiology*, 29, 734-743.
- Exner, T.M., Seal, D.W., & Erhardt, A.A. (1997). A review of HIV interventions for at risk women. *AIDS & Behavior*, 1, 93-124.

- Fanslow, J., Whitehead, A., Silva, M., & Robinson, E. (2008). Contraceptive use and associations with intimate partner violence among a population-based sample of New Zealand Women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 48, 83-89.
- Faria, D., & H., Ferreira (2002). *Infecção, VIH e migração em Portugal*. Data: 23 de Outubro de 2002. Retirado a 28 de Março de 2008 World Wide Web do site: <http://www.aidscongress.com/articlephp?comunicacao:109>
- Farr, G., Gabelnick, H., Sturgen, K., Dorflinger, L. (1994). Contraceptive efficacy and acceptability of the female condom. *American Journal of Public Health*, 84, 1960-1964.
- Fazekas, A., Senn, C.Y., & Ledgerwood, D.M. (2001). Predictors of intention to use condoms among university women: an application and extension of the theory of planned behavior. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 33, 103-117.
- Feijó, R.B., & Oliveira, E.A., (2001). Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 72, 125-134.
- Fernandes, J.C.L. (1994). Práticas Educativas para a prevenção do HIV/AIDS: aspectos conceituais. *Caderno de Saúde Pública*, 10, 171-180.
- Ferreira, L.B., & Tidon, R. (2005). AIDS, selecção natural e pobreza. *Ciência Hoje*, 37, 57-59.
- Ferreira, M.P. (2008). Knowledge and risk perception on HIV/AIDS by Brazilian population: 1998 and 2005. *Revista de Saúde Pública*, 19, S213-S222.
- Ferreira, P.F. (2003). Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV/AIDS: um perfil da população brasileira no ano de 1998. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 1-12.
- Fineberg, H.V. (1988). Education to prevent AIDS: Prospects and obstacles. *Science*, 239, 592-596.
- Finkler, L., Braga, P., & Gomes, W.B. (2004). Percepção de casais heterossexuais em relação à susceptibilidade de infecção por HIV/AIDS. *Interação em Psicologia*, 8, 113-122.
- Fishbein, M., Middlestadt, S.E., Hitchcock, P.J. (1994). Using information to change sexually transmitted disease-related behaviors. In: DiClemente, R.J., Peterson, J.L., eds. *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*. New York: Plenum Press, 61-78.

- Fisher J & Fisher W (2000). Theoretical Approaches to individual Level Change in HIV Risk Behavior. In J. Peterson & R. DiClemente (Eds.) – *Handbook of HIV Prevention*. Chapter 1, 3-55. New York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Fisher, J., & Fisher, W. (2002). The Information-Motivation-Behavioral Skills Model. In DiClemente RJ, Crosby RA, Kegler MC (Eds). *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research: Strategies for Improving Public Health*. Chapter 3, 40-70. Jossey Bass, San Francisco, CA.
- Fisher, J.D., Fisher, W.A., Williams S.S., Malloy, T.E. (1994). Empirical tests of an information-motivation-behavioral skills model of AIDS-preventive behavior with gay men and heterosexual university students. *Health Psychology*, 13, 238-250.
- Fisher, W. A., Williams, S.S., Fisher, J.D., & Malloy, T.E. (1999). Understanding AIDS risk behavior among sexually active urban adolescents. An empirical test of the Information-Motivation-Behavioral Skills Model. *AIDS & Behavior*, 3, 13-23.
- Fisher, W.A., Fisher, J.D. (1992). Understanding and promoting AIDS preventive behavior: A conceptual model and educational tools. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 1, 99-106.
- Fisher, W.A., Fisher, J.D. (1993). A general social psychological model for changing AIDS risk behavior. In: Pryor, J., Reeder, G., eds. *The Social Psychology of HIV Infection*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 127-153.
- Floriano, A.P. (2006). As crianças e o VIH/SIDA na África Subsaariana – o caso de Moçambique. Retirado a 08 de Setembro de 2008 da World Wide Web do site: [http://www.aidscongress.net/article.php?id\\_comunicacao=283](http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=283)
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.
- Forsyth, A.D., & Carey, M.P. (1998). Measuring self-efficacy in the context of HIV risk reduction: Research challenges and recommendations. *Health Psychology*, 17, 559-568.
- Freitas, I., & Borges-Andrade, J. (2004). Construção e validação de escalas de crenças sobre o sistema de treinamento. *Estudos de Psicologia*, 9, 479-488.
- Freitas, M. (2003). Conhecimentos, opiniões e comportamentos face à SIDA de uma população universitária. Data: 17 de Outubro de 2003. Retirado a 10 de Abril de 2008 da World Wide Web do site: <http://www.aidscongress.net/pdf/162.pdf>

- Gage AJ. 1998. Sexual activity and contraceptive use: the components of the decision making process. *Stud Fam. Plann.*, 29, 154–165.
- Gail, E., Myers H.F., Williams, J.K., Kitchen, C.R., Loeb, T., Carmona, J., Wyatt, L., Chin, D., & Presley, N. (2002). Does a history of trauma contribute to HIV risk for women color? Implications for prevention and policy. *American Journal of Public Health*, 92, 660 – 665.
- Galavotti, C., Cabral, R.J., Lansky, A., Grimley, D.M., Riley, G.E., Prochaska, J.O. (1995). Validation of measures of condom and other contraceptive use among women at high risk for HIV infection and unintended pregnancy. *Health Psychology*; 14, 570-578.
- Gandelman, A.A., DeSantis, L.M., & Rietmeijer, C.A. (2006). Assessing community needs and agency capacity - an integral part of implementing effective evidence-based interventions. *AIDS Education & Prevention*, 18, 32-43.
- Gaspar, T., Matos, M.G., Gonçalves, A., Ferreira, M., & Linhares, F. (2006). Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/SIDA em adolescentes migrantes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7, 299-316.
- Genberg, B.L., Kawichai, S., Chingono, A., Sendah, M., Chariyalertsak, S., Konda, K.A., & Celentano, D.D. (2008). Assessing HIV/AIDS stigma and discrimination in developing countries. *AIDS & Behavior*, 12, 772-780.
- Gerrard M., Gibbons F.X., Bushman B.J. (1996). Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior. *Psychological Bulletin*, 119, 390-409.
- Gibson, D., Lovelle-Drache, J., Young, Y., Hudes, E., & Sorensen, J. (1999). Effectiveness of brief counseling in reducing HIV risk behavior in injecting drug users: Final results of randomized trials of counseling with and without HIV testing. *AIDS and Behavior*, 3, 3-12.
- Giffin, K., & Lowndes, C.M. (1999). Gender, sexuality, and the prevention of sexually transmissible diseases: a brazilian study of clinical practice. *Social Science and Medicine*, 48, 283-292.
- Giles, M., Liddell, C., & Bydawell, M. (2005). Condom use in African adolescents: the role of individual and group factors. *AIDS Care*, 17, 729-739.
- Godin, G., Bah, A.T., Sow, A., Minami, I., Morin, D., & Alary, M. (2008). Correlates of condom use among sex workers and their boyfriends in three West African countries. *AIDS & Behavior*, 12, 441-451.

- Goody, E. (2002). Por qué la ley tiene que ser la fuerza? Observaciones acerca del dominio sexual. In Cole, M., Engestrom, Y., & Vàsquez, O. (1ª Ed.). *Mente, cultura y actividad* (358-392). México: Oxford University Press.
- Grant, K., & Ragsdale, K. (2008). Sex and the “recently single”: perceptions of sexuality and HIV risk among mature women and primary care physicians. *Culture, Health and Sexuality*, 10, 495-511.
- Grayman, J.H., Nhan, D.T, Huong, P.T., Jenkins, R.A., Carey, J.W., West, G.R., & Minh, T.T. (2005). Factors associated with HIV testing, condom use, and sexually transmitted infections among female sex workers in Nha Trang, Vietnam. *AIDS and Behaviour*, 9, 41-51.
- Green, E.C., Halperin, D.T., Nantulya, V., & Hogle, J.A. (2006). Uganda’s HIV prevention success: the role of sexual behavior change and the national response. *AIDS & Behavior*, 10, 335-346.
- Gregson, S., Waddell, H., & Chamdiwana, S. (2001). School education and HIV control in Sub-Saharan Africa: from discord to harmony? *Journal of International Development*, 13, 467-485.
- Greig, F.E., & Koopman, C. (2003). Multilevel analysis of women’s empowerment and HIV prevention: quantitative survey results from a preliminary study in Botswana. *AIDS & Behavior*, 7, 195-208.
- Grimley, D.M., Prochaska, G.E., Prochaska, J.O. (1997). Condom use adoption and continuation: a transtheoretical approach. *Health Education Research*, 12, 61-75.
- Grinstead, O., Comfort, M., McCartney, K., Koester, K., & Neilands, T. (2008). Bringing it home: design and implementation of an HIV/STD intervention for women visiting incarcerated men. *AIDS Education & Prevention*, 20, 285-300.
- Grossman, C., Hadley, W., Brown, L.K., Houck, C.D., Peters, A., Tolou-Shams, M., & Project SHIELD Study Group. (2008). Adolescent sexual risk: factors predicting condom use across the stages of change. *AIDS & Behavior*, 12, 913-922.
- Guerra, M.P., & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contexto de saúde*. Lisboa: Climepsi Eds.
- Guinan, M.E., & Leviton, L. (1995). Prevention of HIV infection in women: overcoming barriers. *Journal American Women's Association*, 50, 74-77.
- Gune, E. (2008). Momentos liminares: dinâmica e significados no uso do preservativo. *Análise Social*, 2, 297-318.

- Gwandure, C. (2007). Sexual assault in childhood: risk HIV and AIDS behaviors in adulthood. *AIDS Care*, 19, 1313-1315.
- Hacker, K., Brown, E., Cabral, H., & Dodds, D. (2005). Applying a transtheoretical behavioral change model to HIV/STD and pregnancy prevention in adolescent clinics. *Journal of Adolescent Health*, 37, S80–S93.
- Hadera, H.G., Boer, H., & Kuiper, W.A.J.M. (2007). Using the theory of planned behaviour to understand the motivation to learn about HIV/AIDS prevention among adolescents in Tigray, Ethiopia. *AIDS Care*, 19, 895-900.
- Haile, B.J., Chambers, J.W., & Garrison, J.L. (2007). Correlates of HIV knowledge and testing. *Journal of Black Studies*, 38, 194-208.
- Harman, J.J., & Amico, R. (2008). The relationship-oriented information-motivation behavioral skills model: a multilevel structural equation model among dyads. *AIDS & Behavior*, 13, 173-184.
- Harris, R., Barker Baussell, R., Scott, D., Hetherington, S., & Kavanaugh, K. (1998). An intervention for changing high-risk HIV behaviors of African American drug dependent women. *Research in Nursing and Health*, 21, 239-250.
- Harvard Medical School (2005). HIV/AIDS. Data: 2 de Junho de 2005. Retirado a 23 de Julho de 2007 da World Wide Web do site: [www.intelihealth.com](http://www.intelihealth.com)
- Harvey, S.M, Beckman, L.J., Gerend, M.A., Bird, S.T., Posner, S., Huszti, H.C., & Galavotti, C. (2006). A conceptual model of women`s condom use intentions: integrating intrapersonal and relationship factors. *AIDS Care*, 18, 698-709.
- Hasnain, M., Levy, J.A., Mensah, E.K., & Sinacore, J.M. (2007). Association of educational attainment with HIV risk in African American active injection drug users. *AIDS Care*, 19, 87-91.
- Hasnain, M., Sinacore, J.M., Mensah, E.K., & Levy, J.A. (2005). Influence of religiosity on HIV risk behaviors in active injection drug users. *AIDS Care*, 17, 892-901.
- Heeren, G.A., Jemmott, J.B., Mandeys, A., & Tyler, J.C. (2007). Theory-based predictors of condom use among university students in the United States and South Africa. *AIDS Education & Prevention*, 19, 1-12.
- Heimer, C.A. (2007). Old inequalities, new disease: HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. *Annual Review of Sociology*, 33, 551-577.
- Heinse, L. (1994). Gender-based abuse: the global epidemic. *Cadernos de Saúde Pública*, 10, 135-145.

- Heise, L.L., & Elias, C. (1995). Transforming AIDS prevention to meet women's needs: a focus on developing countries. *Social Science and Medicine*, 7, 931-943.
- Hendriksen, E.S., Pettifor, A., Lee, S.J., Coates, T.J., & Rees, H.V. (2007). Predictors of condom use among young adults in South Africa: the reproductive health and HIV research unit national youth survey. *American Journal of Public Health*, 97, 1241-1248.
- Herbst, J.H., Kay, L.S., Passin, W.F., Lyles, C.M., Crepaz, N., & Marín, B.V. (2007). A systematic review and meta-analysis of behavioral interventions to reduce HIV risk behaviors of Hispanics in the United States and Puerto Rico. *AIDS & Behavior*, 11, 25-47.
- Hillis, S.D., Anda, R.F., Felitti, V.J., & Marchbanks, A. (2001). Adverse childhood experiences and sexual risk behaviors in women: a retrospective cohort study. *Family Planning Perspectives* 33, 206-211.
- Hingson, R.W., Strunin, L., Berlin, B.M., et al. (1990). Beliefs about AIDS, use of alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents. *American Journal of Public Health*, 80, 295-299.
- Hitt, J.C., Robbins, A.S., Galbraith, J.S., Todd, J.D., Patel-Larson, A., McFarlane, J.R., Spikes, P., & Carey, J.W. (2006). Adaptation and implementation of an evidence based prevention counseling intervention in Texas. *AIDS Education & Prevention*, 18, 108-118.
- Hobfoll, S. & Lilly, R.(1993). Resource Conservation as a Strategy for Community Psychology. *Journal of Community Psychology*. Volume 21. 128- 148. Kent State University.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of Resources. A New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Hobfoll, S. E. (1998). Ecology, community, and AIDS prevention. *American Journal of Community Psychology*, 26, 133-144.
- Hobfoll, S. E. (2000). Grant Application – Women's Health Empowerment Project. 37-69 (Unpublished Manuscript).
- Hobfoll, S. E., Jackson, A.P., Lavin, J., Britton, P.J., & Sheperd, J.B. (1994). Women's Barriers to Safer Sex. *Psychology and Health*, 9, 233-252.
- Hobfoll, S.E., & Schroder, K.E. (2001). Distinguishing between passive and active prosocial coping: Bridging inner-city women's mental health and AIDS risk behavior. *Journal of Social and Personal Relationships*, Vol. 18 (2): 201-217.



- Hobfoll, S.E., Bansal, A., Schurg, R., Young, S., Pierce, C.A., Hobfoll, I., & Johnson, R. (2002). The impact of Perceived Child Physical and Sexual Abuse History on Native American Women's Psychological Well-Being and AIDS Risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 252-257.
- Hobfoll, S.E., Jackson, A.P., Lavin J., Britton, P.J., & Sheperd, J.B. (1994). Reducing Inner City Women's AIDS Risk Activities: A study of single, pregnant women. American Psychological Association, *Health Psychology, 13*, 397-403.
- Hobfoll, S.E., Jackson, A.P., Lavin, J., Britton, P.J., & Sheperd, J.B. (1993). Safer sex knowledge, behavior, and attitudes of inner-city women. *Health Psychology, 12*, 481-488.
- Hobfoll, SE, & Schumm, JA (2002). Conservation of Resources Theory. Application to Public Health Promotion. In DiClemente RJ, Crosby RA, Kegler MC (Eds). *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research: Strategies for Improving Public Health*. Chapter 11, 285-312. Jossey Bass, San Francisco, CA.
- Holmes, L., Ogungbade, G.O., Ward, D.D, Garrison, O., Peters, R.J., Kalichman, S.C., Lahai-Momoh, J., & Essien, E.J. (2008). Potential markers of female condom use among inner city African-American women. *AIDS Care, 20*, 470-477.
- Hong, Y., & Li, X. (2008). HIV/AIDS and Behavioral interventions in China: a literature review and recommendation for future research. *AIDS & Behavior, 13*, 603-613.
- Hutton, H.E., Treisman, G.J., Hunt, W.R., Fishman, M.F., Kending, N., Awetz, A., & Lyketsos, C.G. (2001). HIV Risk Behaviors and Their Relationship to Posttraumatic Stress Disorder Among Women Prisoners. *Psychiatrics Services, 52*, 508-513.
- Ickovics, J. R., & Rodin J. (1992). Women and AIDS in the United States: Epidemiology, natural history, and mediating mechanisms. *Health Psychology, 11*, 1-16.
- Ickovics, J.R., Beren, S.E., Grigorenko, E.L., Morrill, A.C., Druley, J.A., & Rodin, J. (2002). Pathways of risk: race, social class, stress, and coping as factors predicting heterosexual risk behaviors for HIV among women. *AIDS & Behavior, 6*, 339-350.
- Illa, L., Brickman, A., Saint-Jean, G., Echenique, M., Metsch, L., Eisdorfer, C., Bustamente-Avallaneda, V., & Sanchez-Martinez, M. (2008). Sexual risk behaviors in late middle age and older HIV seropositive adults. *AIDS Behavior, 12*, 935-942.

- INE, MISAU, MPD, CEA, CNCS, & UEM (2008). *Impacto demográfico do VIH/SIDA em Moçambique: Actualização – Ronda de vigilância epidemiológica 2007*. Maputo: INE.
- Ingram, B.L., Flannery, D., Elkavich, A., & Rotheram-Borus, M.J. (2008). Common processes in evidence-based adolescent HIV prevention programs. *AIDS Behavior*, 12, 374-383.
- James, S., Reddy, P., Ruiter, R.A.C., McCauley, A., & Borne, B. (2006). The impact of an HIV and AIDS life skills program on secondary school students in Kwazulu-Natal, South Africa. *AIDS Education & Prevention*, 18, 281-294.
- James, S., Reddy, P.S., Ruiter, R.A.C., Taylor, M., Jinabhai, C.C., Empelen, P., & Borne, B. (2005). The effects of a systematically developed photo-novella on knowledge, attitudes, communication and behavioral intentions with respect to sexually transmitted infections among secondary school learners in South Africa. *Health Promotion International*, 20, 157-165.
- Jana, S., Basu, I., Rotheram-Borus, M.J., Newman, P. (2004). The Sonagachi Project: a sustainable community intervention program. *AIDS Education & Prevention*, 16, 405-414.
- Janz, N., & Becker, M. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Jarama, S.L., Belgrave, F.Z., Bradford, J., Young, M., & Honnold, J.A. (2007). Family, cultural and gender role aspects in the context of HIV risk among African American women of unidentified HIV status: an exploratory qualitative study. *AIDS Care*, 19, 307-317.
- Jemmott, J.B.I., Heeren, G.A., NgWane, Z., Hewitt, N., Jemmott, L.S., Shell, R., & O'Leary, A. (2007). Theory of planned behaviour predictors of intention to use condoms among Xhosa adolescents in South Africa. *AIDS Care*, 19, 677-684.
- Jemmott, J.B.I., Jemmott, L.S., Fong, G.T. (1992). Reductions in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescents: Effects of an AIDS prevention intervention. *American Journal of Public Health*, 82, 372-377.
- Jemmott, J.B.I., Jemmott, L.S., Fong, G.T., et al. (1999). Reducing HIV risk-associated sexual behavior among african american adolescents: Testing the generality of interventions effects. *American Journal of Community Psychology*, 27, 161-187.
- Jemmott, L.S., Jemmott, J.B.I. (1992). Increasing condom use intentions among sexually active black adolescent women. *Nursing Research*, 41, 273-279.

- Jewkes, R., Dunkle, K., Nduna, M., Levin, J., Jama, N., Khuzeayo, M., Koss, M., Puren, A., & Duvvury, N. (2006). Factors associated with HIV sero-status in young south-african women: connections between intimate partner violence and HIV. *International Journal of Epidemiology*, 35, 1461-1468.
- Jones, S.G., Patsdaughter, C.A., Jorda, M.L., Hamilton, M., & Malow, R. (2008). SENORITAS: An HIV/sexually transmitted infection prevention project for latina college students at a Hispanic-serving university. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 19, 311-319.
- Kakoko, D.C., Astrom, A., Lugoe, W.L., & Lie, G.T. (2006). Predicting intended use of voluntary HIV counseling and testing services among Tanzanian teachers using the theory of planned behavior. *Social Science & Medicine*, 63, 991-999.
- Kalichman, S.C. (2008). Time to take stock in HIV/AIDS prevention. *AIDS & Behavior*, 12, 333-334.
- Kalichman, S.C., & Picciano, J.F. (2008). Motivation to reduce HIV risk behaviors in the context of the Information, Motivation and Behavioral Skills (IMB) model of HIV prevention. *Journal Health Psychology*, 13, 680-689.
- Kalichman, S.C., & Simbayi, L. (2006). Traditional beliefs about de cause of AIDS and AIDS-related stigma in South Africa. *AIDS Care*, 16, 572-580.
- Kalichman, S.C., Carey, M.P., Johnson, B.T. (1996). Prevention of sexually transmitted HIV infection: A meta-analytic review of the behavioral outcome literature. *Annual Behavioral Medicine*, 18, 6-15.
- Kalichman, S.C., Kelly, J.A., Hunter, T.L., et al. (1993). Culturally tailored HIV/AIDS risk-reduction messages targeted to African-American urban women: Impact on risk sensitization and risk reduction. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 61, 291-295.
- Kalichman, S.C., Malow, R., Dévieux, J., Stein, J.A., & Piedman, F. (2005). HIV risk reduction for substance using seriously mentally ill adults: test of the information-motivation- behavior skills (IMB) model. *Community Mental Health Journal*, 41, 277-290.
- Kang, S.I., Deren, S., Andia, J., Colon, H.M., Robles, R. (2004). Effects of changes in perceived self-efficacy on HIV risk behaviors over time. *Addictive Behaviors*, 29, 567-574.

- Karim, K.A., Karim, S.S.A., DipData, M.S., Soldan, K., & Zondi, M. (1995). Reducing the risk of HIV infection among South African sex workers: socioeconomic and gender barriers. *American Journal of Public Health*, 85, 1521-1525.
- Karnell, A.P., Cupp, P.K., Zimmerman, R.S., Feist-Price, S., & Bennie. T. (2006). Efficacy of an American alcohol and HIV prevention curriculum adapted for use in South Africa: results of a pilot study in five township schools. *AIDS Education & Prevention*, 18, 295-310.
- Kegler, MC, Crosby, RA, & DiClemente, RJ (2002). Reflections on Emerging Theories in Health Promotion Practice. In DiClemente RJ, Crosby RA, Kegler MC (Eds). *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research: Strategies for Improving Public Health*. Chapter 14, 386-395. Jossey Bass, San Francisco, CA.
- Kelly, J., Lawrence, J., Hood, H. & Brasfield, T. (1989). Behavioral Intervention to Reduce AIDS Risk Activities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 60-67.
- Kelly, J.A., Murphy, D.A., Sikkema, K.L., et al. (1993). Psychological interventions to prevent HIV infection are urgently needed: New priorities for behavioral research in the second decade of AIDS. *American Psychologist*, 48, 1023-1034.
- Kelly, J.A., Murphy, D.A., Washington, C.D., Wilson, T.S., Koob, J.J., Davis, D.R., Ledezma, G., & Davantes, B. (1994). The effects of HIV/AIDS intervention groups for high-risk women in urban clinics. *American Journal of Public Health*, 84, 1918-1922.
- Kibombo, R., Neema, S., & Ahmed, F.H. (2007). Perceptions of risk to HIV infection among adolescents in Uganda: are they related to sexual behavior. *African Journal of Reproductive Health*, 11, 168-181.
- Kiene, S.M., & Barta, W.D. (2006). A brief individualized computer-delivered sexual risk reduction intervention increases HIV/AIDS preventive behavior. *Journal of Adolescent Health*, 39, 404-410.
- Kim, A., Page-Shafer, K., Ruiz, J., Reyes, L., Delgado, V., Klausner, J., Molitor, F., Katz, M., & McFarland, W. (2002). Vulnerability to HIV among women formerly incarcerated and women with incarcerated sexual partners. *AIDS & Behavior*, 6, 331-338.
- Kimbanda, R.W. (2006). Excisão como iniciação religiosa e sexual em mulheres negras-bantu. *Revista de Estudos da Religião*, 1, 116-129.

- Kimerling, R., Armistead, L., & Forehand, R. (1999). Victimization experiences and HIV infection in women: associations with serostatus, psychological symptoms, and health status. *Journal of Traumatic Stress, 12*, 41-58.
- Kimerling, R., Clum, G., & Wolfe, J. (2000). Relationships among trauma exposure, chronic posttraumatic stress disorder symptoms, and self-reported health in women: replication and extension. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 115-128.
- Kloos, B., Gross, S.M., Meese, K.J., Meade, C.S., Doughty, J.D., Hawkins, D.D., Zimmerman, S.O., Snow, D.L., & Sikkema, K.J. (2005). Negotiating Risk: Knowledge and use of HIV prevention by persons with serious mental illness living in supportive housing. *American Journal of Community Psychology, 36*, 357-372.
- Kocken, P.L., Dorst, A.G., & Schaalma, H. (2006). The relevance of cultural factors in predicting condom-use intentions among immigrants from the Netherlands Antilles. *Health Education Research, 21*, 230-238.
- Koenig, L.J., & Clark, H. (2003). Sexual Abuse of Girls and HIV Infection Among Women: Are They Related? In: Koenig, L.J, Doll, L.S., O'Leary, A., Pequegrant, W. *From Child Sexual Abuse to Adult Sexual Risk – Trauma, Revictimization and Intervention*. Chapter 3; Hardcover, U.S.A.
- Koniak-Griffin, D., & Stein, J.A. (2006). Predictors of sexual risk behaviors among adolescent mothers in a human immunodeficiency virus prevention program. *Journal of Adolescent Health, 38*, 1000-1016.
- Kowalewski, M.R., Longshore, D., Anglin, M.D. (1994). The AIDS risk reduction model: Examining intentions to use condoms among injection drug users. *Journal of Applied Social Psychology, 24*, 2002-2027.
- Kreitler, S. & Kreitler, H. (1997). Cognitive orientation and health protective behaviors. *International Journal of Rehabilitation and Health, 3*, 1-24.
- Kreuter, M.W., & McClure, S.M. (2004). The role of culture in health communication. *Annual Review Public Health, 25*, 439-455.
- Lam, A.G., & Barnhart, J.E. (2006). It takes two: the role of partner ethnicity and age characteristics on condom negotiations of heterosexual Chinese and Filipina American college women. *AIDS Education & Prevention, 18*, 68-80.
- Lam, A.G., Mak, A., Lindsay, P.D., Russell, S.T. (2004). What really works? An exploratory study of condom negotiation strategies. *AIDS Education & Prevention, 16*, 160-171.

- Langen, T.T. (2005). Gender power imbalance on women's capacity to negotiate self-protection against HIV/AIDS in Botswana and South Africa. *African Health Sciences*, 5, 188-197.
- Latkin, C.A., & Knowlton, A.R. (2005). Micro-social structural approaches to HIV prevention: a social ecological perspective. *AIDS Care*, 17, S102-S113.
- Lau, J.T.F., Tang, A.S.Y., Siah, P.C., Tsui, H.Y. (2002). Assessment of HIV-related sexual risk behaviors among the general female population in Hong Kong. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 535 – 543.
- Lau, J.T.S., Ho, S.P.Y., Yang, X., Wong, E., Tsui, H.Y., & Ho, K.M. (2007). Prevalence of HIV and factors associated with risk behaviors among Chinese female sex workers in Hong Kong. *AIDS Care*, 19, 721-732.
- Lauby, J.L., Smith, P.J., Stark, M., Person, B., & Adams, J. (2000). A community-level HIV prevention intervention for inner-city women: results of the women and infants demonstration projects. *American Journal of Public Health*, 90, 216-222.
- Lemieux, A.F., Fisher, J.D., & Pratto, F. (2008). A music-based HIV prevention intervention for urban adolescents. *Health Psychology*, 27, 349-357.
- Li, X., Wang, B., Fang, X., Zhao, R., Stanton, B., Hong, Y., Dong, B., Liu, W., Zhou, Y., Liang, S., & Yang, H. (2006). Short-term effect of a cultural adaptation of voluntary counseling and testing among female sex workers in China: a quasi-experimental trial, *AIDS Education & Prevention*, 18, 406-419.
- Locke, T.F., & Newcomb, M.D. (2008). Correlates and predictors of HIV risk among inner-city African American female teenagers. *Health Psychology*, 27, 337-348.
- Loewenson, R. (2007a). Exploring equity and inclusion in the responses to AIDS. *AIDS Care*, 19, S2-S11.
- Loewenson, R. (2007b). Learning from diverse contexts: equity and inclusion in the responses to AIDS. *AIDS Care*, 19, S83-S90.
- Logan T.K., Cole J., & Leukefeld, C. (2002). Women, Sex, and HIV: Social and Contextual Factors, Meta-Analysis of Published Interventions, and Implications for Practice and Research. *Psychological Bulletin*, 128, 851-885.
- Logan, T.K., & Leukefeld, C. (2000). Sexual and drug use behavior among female crack users: A multi-site sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 237-245.
- Longshore, D., Stein, J.A., Chin, D. (2006). Pathways to sexual risk reduction: gender differences and strategies for intervention. *AIDS & Behavior*, 10, 93-104.

- Lopes, F., Latorre, M.R., Pignatari, A.C., & Buchalla, C.M. (2001). Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo, 1997-1998. *Cadernos de saúde Pública*, 17, 1473-1480.
- Lopes, O. (2004). Crenças e atitudes como co-factores do VIH/SIDA. Data: 18 de Outubro de 2004. Retirado a 7 de Abril de 2008 da World Wide Web do site: <http://www.aidscongress.net/pdf/232.pdf>
- Loue, S., Cooper, M., Traore, F., & Fiedler, J. (2004). Locus of control and HIV risk among a sample of Mexican Puerto Rican women. *Journal of Immigrant Health*, 6, 155-165.
- Mabala, R. (2006). From HIV prevention to HIV protection: addressing the vulnerability of girls and young women in urban areas. *Environment & Urbanization*, 18, 407-432.
- Macia, M. & Langa, P.V. (2004). Masculinidade, sexualidade e VIH/SIDA em Moçambique. Comunicação apresentada no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Data: Setembro de 2004. Retirado a 19 de Fevereiro de 2008 da World Wide Web do site: [http://www.ces.uc.pt/lab2004/programa/resumo\\_sessao/resumo4\\_3.html](http://www.ces.uc.pt/lab2004/programa/resumo_sessao/resumo4_3.html)
- MacKenzie JE, Hobfoll SE, Ennis N, Kay J, Jackson A, Lavin J. (1999). Reducing AIDS risk among inner-city women: a review of the collectivist empowerment AIDS Prevention (CE-AP) Program. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 13, 166-174.
- MacPhail, C., Pettifor, A.E., Pascoe, S., & Rees, H.V. (2007). Contraception use and pregnancy among 14-24 year old South African women: a nationally representative cross-sectional survey. *BMC Medicine*, 5, 1-8.
- Macuamule, C., & Foreman, M. (2002). *Os homens e o HIV em Moçambique – papel, riscos e responsabilidades*. Maputo: SWAA-MOZ & PANOS.
- Madden, T.J., Ellen, P.S., Ajzen, I. (1992). A comparison of the theory of planned behavior and the theory of reasoned action. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 3-9.
- Mah, T., & Halperin, D.T. (2008). Concurrent sexual partnerships and the HIV epidemics in Africa: evidence to move forward. *AIDS & Behavior*, 22, 1-9.
- Maia, A. (2004). Congresso Internacional sobre Stress Pós-Traumático, Leiria, 2004 – "Congresso Internacional sobre Stress Pós-Traumático: Modelos, Abordagens e Práticas". Leiria: ADFA, 2004. ISBN 972-8393-82-2.

- Maibach, E., Flora, J. (1993). Symbolic modeling and cognitive rehearsal: using video to promote AIDS prevention self-efficacy. *Community Research*, 20, 517-545.
- Maman, S., Mbwapbo, J.K., Hogan, N.M., Kilonzo, G.P., et al. (2002). HIV-positive women report more lifetime partner violence: findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *American Journal of Public Health*, 8, 1331-1338.
- Mandel, J.S., & Brickley, D.B. (2008). AIDS prevention research in low and middle-income countries: generating the evidence upon which local decisions are made. *AIDS & Behavior*, 12, S1-S6.
- Mandel, J.S., & Rutherford, G.W. (2006). AIDS prevention research in low and middle-income countries: increasing the dissemination of study results in the scientific literature. *AIDS & Behavior*, 10, S1-S4.
- Manharta, L.E., Dialmyb, A., Ryana, A., & Mahjourc, J. (2000). Sexually transmitted diseases in Morocco: gender influences on prevention and health care seeking behavior. *Social Science & Medicine*, 50, 1369-1383.
- Mariano, E., & Paulo, M. (2009). *Infertilidade, fertilidade – áreas escondidas do nosso quotidiano?* Maputo: Kula, Lda.
- Marin, B.V., Tschann, J.M., Gomez, C.A., & Kegeles, S.M. (1993). Acculturation and gender differences in sexual attitudes and behaviors: Hispanic vs. non-Hispanic white unmarried adults. *American Journal of Public Health*, 83, 1759-1761.
- Markosyan, K.M., Babikian, T., DiClement, R.J., Hirsch, J.S., Grigoryan, S., & Del Rio, C. (2007). Correlates of HIV risk and preventive behaviors in Armenian female sex workers. *AIDS & Behavior*, 11, 325-334.
- Marshall, M., & Taylor, N. (2006). Tackling HIV and AIDS with faith-based communities: learning from attitudes on gender relations and sexual rights within local evangelical churches in Burkina Faso, Zimbabwe, and South Africa. *Gender & Development*, 3, 363-373.
- Martingo, C. (2002). A mulher e a infecção pelo VIH/SIDA. Data: 6 de Novembro de 2002. Retirado a 28 de Novembro de 2006 da World Wide Web do site: <http://www.aidscongress.net/pdf/171.pdf>
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine : Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Matos, M.G. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 3, 449-462.



- Mausbach, B.T., Semple, S.J., Strathdee, S.A., & Patterson, T.L. (2009). Predictors of safer sex intentions and protected sex among heterosexual HIV-negative methamphetamine users: an expanded model of the Theory of Planned Behavior. *AIDS Care*, 21, 17-24.
- Mccurdy, S.A, Williams, M-L., Kilonzo, G.P., Ross, M.W., & Leshabari, M.T. (2005). Heroin and risk in Dar es Salaam, Tanzania: youth hangouts, magnetos and injecting practices. *AIDS Care*, 17, S65-S76.
- McIntyre, T. (2002). *Psicologia da Saúde*. Prova de Agregação, Departamento de Psicologia, Universidade do Minho, Setembro de 2002, 146-160.
- McIntyre, T. M. (1994). Psicologia da Saúde: Unidade na diversidade. In T. M. McIntyre (Ed.). *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*, 17-32. Associação dos Psicólogos Portugueses.
- McIntyre, T., & Costa, E. (2004). *Promoção da saúde psicosexual em mulheres Portuguesas. Relatório Final*. Project ADIS/0045/03, Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA . Braga: Universidade do Minho.
- McManus, A., & Dhar, L. (2008). Study of knowledge, perception and attitude of adolescent girls towards STIs/HIV, safer sex and sex education: (a cross sectional survey of urban adolescent school girls in south Delhi, India). *BMC Women's Health*, 8, 1-6.
- Miller, L.C., Murphy, S.T., Clark, L.F., Hamburger, M., & Moore, J. (2004). Hierarchical messages for introducing multiple HIV prevention options: promise and pitfalls. *AIDS Education & Prevention*, 16, 509-525.
- Miller, M. (1999). A model to explain the relationship between sexual abuse and HIV risk among women. *AIDS Care*, 11, 3-20.
- Miller, M., Korves, C.T., & Fernandez, T. (2007). The social epidemiology of HIV transmission among African American women who use drugs and their social network members. *AIDS Care*, 19, 858-865.
- Ministério da Juventude e dos Desportos da República de Moçambique. (2000). Plano Operacional para o VIH/SIDA – Abordagens estratégicas para prevenção e redução do impacto em VIH/SIDA entre os jovens fora da escola em Moçambique. Data: Novembro de 2000. Retirado a 19 de Fevereiro de 2008 da World Wide Web do site: <http://www.SIDA.org.mz/>

- Miranda, A.E., Merçon-de-Vargas, P.R., & Viana, M.C. (2004). Sexual and reproductive health of female inmates in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 38, 255-260.
- MISAU. (2008). HIV/SIDA – Situação em Moçambique 2007/2008. Data: 31 de Janeiro de 2008. Retirado a 19 de Setembro de 2009 da World Wide Web do site: [http://www.SIDA.org.mz/index.php?option=com\\_content&task=view&id=6332&Itemid=100&jos\\_c\\_hange\\_template=pages-template](http://www.SIDA.org.mz/index.php?option=com_content&task=view&id=6332&Itemid=100&jos_c_hange_template=pages-template)
- Mishra, S., Swain, B.K., & Babu, B.V. (2008). Sexual risk behavior knowledge and attitude related to HIV transmission: a study among a migrant tribal group living in the slums of Bhubaneswar City, Orissa, India. *Journal of Public Health*, 16, 331-337.
- Misovich, S.J., Fisher, J.D., Fisher, W.A. (1996). The perceived AIDS-preventive utility of knowing one's partner well: A public health dictum and individual's risky sexual behavior. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 5, 83-90.
- Mola, O.D., Mercer, M.A., Asghar, R.J., Gimbel-Sherr, K.H., Gimbel-Sherr, S., Micek, M.A., & Gloyd, S.S. (2006). Condom use after voluntary counselling and testing in Central Mozambique. *Tropical Medicine and International Health*. 2, 176-181.
- Molla, M., Strom, A.N.A., & Brehane, Y. (2007). Applicability of the theory of planned behavior to intended and self-reported condom use in a rural Ethiopian population. *AIDS Care*, 19, 425-431.
- Monteiro, A. (2005). 1ª Assembleia Geral do Conselho para o Desenvolvimento da Pesquisa em Ciências Sociais em África, Maputo, 2004 – “Até que ponto os imperativos culturais, tradições e costumes têm impacto na propagação do VIH/SIDA?”. Maputo: CODESRIA.
- Monteiro, M. (2006). Entre o saber e o agir. Data: 10 de Outubro de 2006. Retirado a 7 de Abril de 2008 da World Wide Web do site: <http://www.aidscongress.net/pdf/314.pdf>.
- Monteiro, M.J., & Vasconcelos-Raposo, J. (2006). Contextualizar os conhecimentos, atitudes e crenças face ao VIH/SIDA : um contributo para aperfeiçoar o caminho a percorrer. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7, 125-136.
- Montgomery, J.P., Mokotoff, E.D., Gentry, A.C., & Blair, J.M. (2003). The extent of bisexual behavior in HIV-infected men and implications for transmission to their female sex partners. *AIDS Care*, 15, 829-837.

- Moore, A.R., & Williamson, D.A. (2003). Problems with HIV/AIDS prevention, care and treatment in Togo, West Africa: professional caregivers' perspectives *AIDS Care*, 15, 615-627.
- Moore, S., & Halford, A. (1999). Barriers to safer sex: Beliefs and attitudes among male and female adult heterosexuals across four relationship groups. *Journal of Health Psychology*, 4, 149-163.
- Morojele, N.K., Brook, J.S., & Kachienga, M.A (2006). Perceptions of sexual risk behaviors and substance abuse among adolescents in South Africa: a qualitative investigation. *AIDS Care*, 18, 215-219.
- Morrison-Beedy, D., Carey, M.P., & Lewis, B.P. (2002). Modeling condom use stage of change in low-income, single, urban women. *Research in Nursing and Health*, 25, 122-134.
- Morrison-Beedy, D., Carey, M.P., Feng, C., & Tu, X.M. (2008). Predicting sexual risk behaviors among adolescent and young women using a prospective diary method. *Research in Nursing & Health*, 31, 329-340.
- Mota, M.P. (1998). Género e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos de AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, 145-155.
- Moyo, W., Levandowski, B.A., MacPhail, C., Rees, H. & Pettifor, A. (2008). Consistent condom use in south African youth's most recent sexual relationship. *AIDS & Behavior*, 12, 431-440.
- Muñoz-Silva, A. Sánchez-Garcia, M., Nunes, C., & Martins, A. (2007). Gender differences in condom use prediction with Theory of Reasoned Action and Planned Behavior: the role of self-efficacy and control. *AIDS Care*, 19, 1177-1181.
- Murdock, P.H., Garbharran, H., Edwards, M.J., Smith, M.A., Luchmiah, J., & Mkhize, M. (2003). Peer led HIV/AIDS prevention for women in South Africa informal settlements. *Health Care for Women International*, 24, 502-512.
- Muyinda, H., Nakuya, J., Pool, R., & Whitworth, J. (2003). Harnessing the senga institution of adolescent sex education for the control on HIV and STDs in rural Uganda. *AIDS Care*, 15, 159-167.
- Muyinda, H., Nakuya, J., Whitworth, J., & Pool, R. (2004). Community sex education among adolescents in rural Uganda: utilizing indigenous institutions. *AIDS Care*, 16, 69-79.

- Myers, H.F., Sumner, L.A., Ullman, J.B., Loeb, T.B., Carmona, J.V., & Wyatt, G.E. (2008). Trauma and psychosocial predictors of substance abuse in women impacted by HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36, 233-246.
- Myers, H.F., Wyatt, G.E., Loeb, T., Carmona, J., Warda, U., Longshore, D., Rivkin, I., Chin, D., & Liu, H. (2006). Severity of child sexual abuse, post-traumatic stress and risky sexual behaviors among HIV-positive women. *AIDS & Behavior*, 10, 191-199.
- Naar-King, S., Rongkavilit, C., Wang, B., Wright, K., Chuenyam, T., Lam, P., Phanuphak, P. (2008). Transtheoretical model and risky sexual behaviour in HIV youth in Thailand. *AIDS Care*, 20, 198-204.
- Nduhura, D., & Hadjipateras, A. (2007). A introdução do Stepping Stones em três países africanos. *Intercâmbio sobre SIDA, Sexualidade e Género*, 4, 5-7.
- Needle, R., Kroeger, K., Belani, H., Achrekar, A., Parry, C.D., & Dewing, S. (2008). Sex, drugs, and HIV: rapid assessment of HIV risk behaviors among street-based drug using sex workers in Durban, South Africa. *Social Sciences and Medicine*, 67, 1447-1455.
- Neef, J.A., & Crawford, S.L. (1998). The health beliefs model and HIV risk behaviors: a casual model analysis among Anglos, African American and Mexican Americans. *Ethnicity & Health*, 3, 283-300.
- NISAA (2006). A sensibilização acerca da interface entre a violência baseada em género e o VIH/SIDA na África do Sul. Data: Fevereiro de 2006. Retirado a 11 de Abril de 2008 da World Wide Web do site: [http://www.kit.nl/net/KIT\\_Publicaties\\_output/ShowFile2.aspx?e=1160](http://www.kit.nl/net/KIT_Publicaties_output/ShowFile2.aspx?e=1160).
- Noar, S.M. (2007). An interventionist's guide to AIDS and behavioral theories. *AIDS Care*, 19, 392-402.
- Noar, S.M. (2008). Behavioral interventions to reduce HIV-related sexual risk behavior: review and synthesis of meta-analytic evidence. *AIDS & Behavior*, 12, 335-353.
- Noguchi, K., Albarracín, D., Durantini, M.R., & Glasman, L.R. (2007). Who participates in which health promotion programs? A meta-analysis of motivations underlying enrollment and retention in HIV-prevention interventions. *Psychological Bulletin*, 133, 955-975.
- Noia, J.D., & Schinke, S.P. (2007). Gender-specific HIV prevention with urban early-adolescent girls: outcomes of the keepin' it safe program. *AIDS Education & Prevention*, 19, 479-488.

- Nunes, S.O.V., Abreu, R.E., Hirata, A.L., Nunes, M.V.A., Franco, R.M., & Barbosa, L.R. (2005). Determinação dos diagnósticos de depressão, tentativa de suicídio, gravidez, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doenças sexualmente transmissíveis (IST) em adolescentes e adultos jovens. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde Londrina*, 26, 109-118.
- Nyamanthi AM, Flaskerud J, Bennet C, et al. (1994). Evaluation of two AIDS education programs for impoverished women. *AIDS Education Prevention*, 6, 296-309.
- O'Campo, P., Fogarty, L., Gielen, A.C., Armstrong, K., Bond, L., Galavotti, C., Green, B.M., & Team of HIV Prevention in Women and Infants Demonstration Projects. (1999). Distribution along a stages-of behavioral- change continuum for condom and contraceptive use among women accessed in different settings. *Journal of Community Health*, 24, 61-72.
- O'Leary, A. & Wingood, G. (2000). Interventions for Sexually Active Heterosexual Women. In Peterson & DiClemente (Ed.) – Handbook of HIV Prevention. Chapter 9, 179-197.
- O'Leary, A., & Jemmott, L.S. (1995). Future Directions. In: O'Leary, A, eds. *Women at Risk: Issues in the Primary Prevention of AIDS*. New York: Plenum Press, Chapter 12, 257-259.
- O'Leary, A., & Jemmott, L.S., & Jemmott, J.B. (2008). Mediation Analysis of an effective sexual risk-reduction intervention for women: the importance of self-efficacy. *Health Psychology*, 27, S180-S184.
- Odutolu, O. (2005). Convergence of behavior change models for AIDS risk reduction in Sub-Saharan Africa. *International Journal of Health Planning and Management*, 20, 239-252.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Olinto, M.T.A., & Galvão, L.W. (1999). Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. *Revista de Saúde Pública*, 33, 64-72.
- Oliva, G., Rienks, J., Udoh, I., Smith, C.D. (2005). A university and community based organization collaboration to build capacity to develop, implement, and evaluate na innovative HIV prevention intervention for an urban African American population. *AIDS Education & Prevention*, 17, 300-316.

- Oliveira, S.H.S, Dias, M.R., & Silva, M.I.T. (2005). Adolescentes e AIDS: factores que influenciam a intenção do uso do preservativo. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 17, 32-38.
- Oliveira, S.H.S, Pagliuca, L.M.F., & Barroso, M.G.T. (2007). Análise do círculo de contágio da teoria da acção racional e sua adequação à enfermagem. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 9, 866-877.
- ONU (2006). In-depth study on all forms of violence against women. Data: 6 de Julho de 2006. Retirado a 7 de Abril de 2008 da World Wide Web do site: <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/419/74/PDF/N0641974.pdf?OpenElement>.
- Oshikata, C.T., Bedone, A.J., & Faúndes, A. (2005). Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 192-199.
- Osório, C., & Silva, T.C. (2009). *Género e governação local: estudo de caso na província de Manica, distritos de Tambara e Machaze*. Maputo: WLSA Moçambique.
- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2003). Abuso no contexto de relacionamento íntimo com o companheiro: definição, prevalência, causas e efeitos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4, 165-184.
- Paiva, V. (2002). Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 11, 25-38.
- Paiva, V., Buchalla, C. M., Ayres, J.R., & Hearst, N. (2002). Capacitando profissionais e activistas para avaliar projectos de prevenção do HIV e de AIDS. *Revista de Saúde Pública*, 36, 4-11.
- Pallonen, U.E., Williams, M.L., Timpson, S.C., Bowen, A., & Ross, M.W. (2008). Personal and partner measures in stages of consistent condom use among African-American heterosexual crack cocaine smokers. *AIDS Care*, 20, 205-213.
- Parillo, K.M., Freeman, R.C., Collier, K., Young, P. (2001). Association between early sexual abuse and adult HIV-risky sexual behaviors among community-recruited women. *Child Abuse & Neglect*, 25, 335-346.
- Parker, R., & Camargo Jr., K.R. (2000). Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16, 89-102.

- Passador, L.H., & Thomaz, O.R. (2006). Raça, sexualidade e doenças em Moçambique. *Revista de Estudos Feministas*, 14, 263-286.
- Pearson, C.R., Kurth, A.E., Cassels, S., Martin, D.P., Simoni, J.M., Hoff, P., Matediana, E., & Gloyd, S. (2007). Modeling HIV transmission risk among Mozambicans prior to their initiating highly active antiretroviral therapy. *AIDS Care*, 19, 594-604.
- Pechansky, F. (2001). Modelo teórico de exposição a risco para transmissão do vírus HIV em usuários de drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 41-47.
- Pechansky, F., Diemen, L.V., Inciardi, J., Surratt, H., & Boni, R. (2004). Factores de risco para transmissão do HIV em usuários de drogas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 1651-1660.
- Peixoto, L.M. (1988). *Auto-Estima, nível intelectual e sucesso escolar*. Tese de Mestrado. Unidade de Ciências da Educação. Universidade do Minho.
- Peltzer, K., Mngquandaniso, N., & Petros, G. (2006). A controlled study of an HIV/AIDS/STI/TB intervention with traditional healers in KwaZulu-Natal, South Africa. *AIDS & Behavior*, 10, 683-690.
- Pequegnat, W.P., Rosser, B.R.S., Bowen, A.M., Bull, S.S., DiClemente, R.J., Bockting, W.O., Elford, J., Fishbein, M., Gurak, L., Horvath, K., Konstan, J., Noar, S.M., Ross, M.W., Sherr, L., Spiegel, D., & Zimmerman, R. (2007). Conducting internet-based HIV/STD prevention survey research: considerations in design and evaluation. *AIDS & Behavior*, 11, 505-521.
- Petersen, I., Bhana, A., & McKay, M. (2005). Sexual violence and youth in South Africa: the need for community-based preventions interventions. *Child Abuse and Neglect*, 29, 1233-1248.
- Peterson, J.L., & DiClemente, R.J. (2000). *Handbook of HIV Prevention: AIDS prevention and mental health*. Plenum Publishers.
- Pettifor, A.E., Kleinschmidt, I., Levin, J., Rees, H.V., MacPhail, C., Madikizela Hlongwa, L., Vermaak, K., Napier, G., Stevens, W., Padian, N.S. (2005). A community-based study to examine the effect of a youth HIV prevention intervention on young people aged 15-24 in South Africa: results of the baseline survey. *Tropical Medicine & International Health*, 10, 971-980.
- Pinho, M.D.G., Berquó, E., Lopes, F., Oliveira, K.A., Lima, L.C.A., & Pereira, N. (2002). Juventudes, raças e vulnerabilidades. *Actas do XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*. Brasil: Universidade de Minas Gerais.

- Pinto, R.M., & McKay, M.M. (2006). A mixed-method analysis of African-American women`s attendance at an HIV prevention intervention. *Journal of Community Psychology*, 34, 601-616.
- Plummer, M.L, Mshana, G., Wamoyi, J., Shigongo, Z., Hayes, R.J., Ross, D.A., & Wight, D. (2006). “The man who believed he had AIDS was cured”: AIDS and sexually-transmitted infection treatment-seeking behavior in rural Mwanza, Tanzania. *AIDS Care*, 18, 460-466.
- PNUD. (2008). Relatório do desenvolvimento humano 2007/2008 – *Combater as alterações climáticas: solidariedade humana num mundo dividido*. Lisboa: Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento.
- Poeschl, G. (2006). *Análise de dados na investigação em psicologia - teoria e prática*. Almedina: Coimbra.
- Pool, R., Kamali, A., & Whitworth, J.A.G. (2006). Understanding sexual behavior change in rural southwest Uganda: a multi-method study. *AIDS Care*, 18, 479-488.
- Popinsky, V. (2005). *Os intervenientes, infectados e afectados pelo VIH/SIDA em Mocuba-Moçambique*. Trabalho de Investigação no Âmbito de Estágio de Licenciatura. Dissertação não publicada. Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Portal do Governo de Moçambique (2008). Necessários mais esforços para reduzir a seropositividade. Data: 05 de Fevereiro de 2008. Retirado a 19 de Fevereiro da World Wide Web do site: <http://www.govnet.gov.mz>.
- Praça, N.S., & Gualda, D.M.R. (2003). Risco de infecção pelo HIV: como mulheres moradoras de uma favela se percebem na cadeia de transmissão do vírus. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11, 14-20.
- Prather, C., Fuller, T.R., King, W., Brown, M., Moering, M., Little, S., & Phillips, K. (2006). Diffusing an HIV prevention intervention for African American women: integrating afro centric components into the SISTA diffusion strategy. *AIDS Education & Prevention*, 18, 149-160.
- Prochaska J.O., Redding C.A., Harlow L.L., Rossi, J.S., & Velicer, W.F. (1994). The transtheoretical model of change and HIV prevention: A review. *Health Education Quarterly*, 21, 471- 486.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.



- Raj, A., Amaro, H., Cranston, K., Martin, B., Cabral, H., Navarro, A., & Conron, K. (2001). Is a general women's health promotion program as effective as an HIV-intensive prevention program in reducing HIV risk among Hispanic women? *Public Health Reports*, 116, 599-607.
- Raj, A., Reed, E., Miller, E., Decker, M.R., Rothman, E.F., & Silverman, J.G. (2007). Contexts of condom use and non-condom use among young adolescent male perpetrators of dating violence. *AIDS Care*, 19, 970-973.
- Raj, A., Silverman, J.G., & Amaro, H. (2004). Abused women report greater male partner risk and gender-based risk for HIV: findings from a community-based study with Hispanic women. *AIDS Care*, 16, 519-529.
- Rankin, S.H., Lindgren, T., Rankin, W., & Ng'Oma, J. (2005). Donkey work: women, religion, and HIV/AIDS. *Health Care for Women International*, 26, 4-16.
- Rassjo, E.B., Mirembe, F.M., & Darj, E. (2006). Vulnerability and risk factors for sexually transmitted infections and HIV among adolescents in Kampala, Uganda. *AIDS Care*, 18, 710-716.
- Resnick, HS, Kilpatrick, DG, Dansky, BS, Saunders, BE, & Best, CL. (1993). Prevalence of Civilian Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in a Representative National Sample of Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol.61, No.6, 984-991. APA
- Rich, J. D., Dickinson, B.P, Macalino, G., Flanigan, T.P., Towe, C.W., Spaulding, A., & Vlahov, D. (1999). Prevalence and incidence of HIV among incarcerated and reincarcerated women in Rhode Island. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 22, 161-166.
- Riley, T.A., Lewis, B.M., Lewis, M.P., & Fava, J.L. (2008). Low-income HIV-infected women and the process of engaging in healthy behavior. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 19, 3-15.
- Robertson, A.A., Stein, J.A., & Baird-Thomas, T. (2006). Gender differences in the prediction of condom use among incarcerated juvenile offenders: testing the information-motivation-behavior skills (IMB) model. *Journal of Adolescent Health*, 38, 18-25.
- Rocha, S. (2007). Enfrentar a epidemia do SIDA na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos. *Intercâmbio sobre SIDA, Sexualidade e Género*, 4, 1-4.
- Rogado, T., & Leal, I. (2000). Auto-eficácia e crenças em mulheres jovens – o caso específico do preservativo/camisinha (um estudo comparativo). *Actas do 3º*

- Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Portugal: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Romer, D., Black, M., Ricardo, I., Feigelman, S., Kaljee, L., Galbraith, J., Nesbit, R., Hornik, R.C., & Stanton, B. (1994). Social influences on the sexual behavior of youth at risk for HIV exposure. *American Journal of Public Health*, 84, 977-985.
- Romero, L., Wallerstein, N., Lucero, J., Fredine, H.G., Keefe, J., & O'Connell, J. (2006). Woman to woman: coming together for positive change – using empowerment and popular education to prevent HIV in women. *AIDS Education & Prevention*, 18, 390-405.
- Roper, W.L., Peterson, H.B., & Curran, J.W. (1993). Commentary: Condoms and HIV/STD Prevention – Clarifying the Message. *American Journal of Public Health*, 83, 501-503.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1986). *Conceiving the Self*. Krieger: Malabar, FL.
- Rosenstock, I.M., Stetcher, V.J., & Becker, M.H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. In R. J. DiClemente & J.L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theory and methods of behavioral interventions* (pp. 5-25). New York: Plenum.
- Rosenthal, L., Scott, D.P., Kelleta, Z., Zikarge, A., Momoh, M., Lahai-Momoh, J., Ross, M.W., & Baker, A. (2003). Assessing the HIV/AIDS health services needs of African immigrants to Houston. *AIDS Education & Prevention*, 15, 570-580.
- Rubin, M. (1993). *SIDA e Outras Doenças de Transmissão Sexual*. Lisboa: Edição Livros do Brasil.
- Santamaría, J. (2005). O empoderamento da mulher moçambicana como forma de acelerar as acções contra o SIDA e contributo para o alcance das metas do desenvolvimento do milénio em Moçambique. In Mogollón, M.E. *Propuestas Concretas para la implementación de los objetivos de desarrollo del milenio de la ONU*. Capítulo 3, 58-63. Lima: Movimiento Amplio de Mujeres (MAM) Fundacional.
- Santos, N.J.S., Buchalla, C.M., Filipe, E.V., Bugamelli, L., Garcia, S., & Paiva, V. (2002). Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Revista de Saúde Pública*, 36, 12-23.

- Sarriera, J.C., Moreira, M.C., Rocha, K.B., Bonato, T.N., Duso, R., & Prikladnicki, S. (2003). Paradigmas em psicologia: compreensões acerca da saúde e dos estudos epidemiológicos. *Psicologia e Sociedade*, 15, 88-100.
- Schafer, J., Caetano, R., & Clark, C.L. (1998). Rates of intimate partner violence in the United States. *American Journal of Public Health*, 88, 1702-1704.
- Schilling, R.F., El-Bassel, N., Schinke, S.P., et al. (1991). Building skills of recovering women drug users to reduce heterosexual AIDS transmission. *Public Health Report*, 106, 297-304.
- Schneider, I.J.C., Ribeiro, C., Breda, D., Skalinski, L.M., & Órsi, E. (2008). Perfil epidemiológico dos usuários dos centros de testagem e aconselhamento do Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 1675-1688.
- Schroder, K.E., Hobfoll, S.E., & Jackson, P.L. (2001). Proximal and Distal Predictors of AIDS Risk Behaviors among Inner-city African and European American Women. *Journal of Health Psychology*, 6, 169-190.
- Schwarzer, R., & Scholz, U. (2000). *Cross-cultural assessment of coping resources: The General Perceived Self-Efficacy Scale*. Paper presented at the Asian Congress of Health Psychology, 2000: Health Psychology and Culture, Tokyo, Japan, August 28-29.
- Schwarzer, R., BaBler, J., Kwiatek, P., Schroder, K., & Zang, J. X. (1997). The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the General Self-Efficacy scale. *Applied Psychology: An International Review*, 46(1), 69-88.
- Scivoletto, S., Tsuji, R.K., Abdo, C.H.N., Queiroz, S., Andrade, A.G., Gattaz, W. (1999). Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de 2º grau de São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 87-94.
- Seeley, J., Grellier, R., & Barnett, T. (2004). Gender and HIV/AIDS impact mitigation in Sub-Saharan Africa – recognizing the constraints. *Journal des Aspects Sociaux du SIDA*, 1, 87-98.
- Selvan, M.S., Ross, M.W., Kapadia, A.S., Mathai, R., Hira, S. (2001). Study of perceived norms, beliefs and intended sexual behavior among higher secondary school students in India. *AIDS Care*, 13, 779-788.
- Sheeran, P., Abraham, C., Orbell, S. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 90-132.

- Sieverding, J., Boyer, C.B., Siller, J., Gallaread, A., Krone, M., Chang, Y.J. (2005). Youth United Through Health Education: building capacity through a community collaborative intervention to prevent HIV/STD in adolescents residing in a high STD prevalent neighborhood. *AIDS Education & Prevention*, 17, 375-385.
- Sifunda, S., Reddy, P.S., Braithwaite, R.B., Stephens, T., Bhengu, S., Ruiters, R.A.C., & Borne, B.V.D. (2007). Social construction and cultural meanings of STI/HIV-related terminology among Nguni-speaking inmates and warders in four South African correctional facilities. *Health Education Research*, 22, 805-814.
- Sikkema K.J., Kelly, J.S., Winnett R.A., et al. (2000). Outcomes of a randomized community-level HIV prevention intervention for women living in 18 low-income housing developments. *American Journal of Public Health*, 90, 57-63.
- Silva, T.C., & Andrade, X. (2005). A feminização do SIDA em Moçambique – a cidade de Maputo, Quelimane e distrito de Inhambane na província da Zambézia como estudos de caso. *Outras Vozes*, 10, 1-5.
- Silva, V.N., Oliveira, A.F., & Mesquita, F. (2007). Vulnerabilidade ao HIV entre mulheres usuárias de drogas injectáveis. *Revista de Saúde Pública*, 41, 22-30.
- Silveira, M.F., Béria, J., Horta, B.L., & Tomasi, E. (2002). Auto-percepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS em mulheres. *Revista de Saúde Pública*, 36, 670-677.
- Simbayi, L.C., Kalichman, S.C., Jooste, S., Cherry, C., Mfecane, S., & Cain, D. (2005). Risk factors for HIV-AIDS among youth in Cape Town, South Africa. *AIDS & Behavior*, 9, 53-61.
- Simões, A.M.A., & Bastos, F.I. (2004). Audio computer-assisted interview: uma nova tecnologia em avaliação de comportamento de risco em doenças sexualmente transmissíveis, HIV e uso de drogas. *Cadernos de saúde Pública*, 20, 1169-1181.
- Simon, C.P., Silva, R.C., & Paiva, V. (2002). Prostituição juvenil feminina e a prevenção da AIDS em Ribeirão Preto, SP. *Revista de Saúde Pública*, 36, 82-87.
- Simoni, J., Sehgal, S., & Walters, K. (2004). Triangle of risk: urban American Indian women`s sexual trauma, injection drug use, and HIV sexual risk behaviors. *AIDS & Behavior*, 8, 33-45.
- Singh, S. (2003). Study of the effect of information, motivation and behavioral skills (IMB) intervention in changing AIDS risk behavior in female university students. *AIDS Care*, 15, 71-76.

- Smith, A., Visser, R., Akande, A., Rosenthal, D., & Moore, S. (1998). Australian and South-African undergraduates HIV-related knowledge, attitudes and behaviors. *Archives of Sexual Behavior*, 27, 279-294.
- Sneed, C.D., & Morisky, D.E. (1998). Applying the theory of reasoned action to condom use among sex workers. *Social Behavior and Personality*, 26, 317-328.
- Snelling, D., Omariba, D.W.R, Hong, S., Georgiades, K., Racine, Y., Boyle, M.H. (2007). HIV/AIDS knowledge, women's education, epidemic severity and protective sexual behaviour in low and middle-income countries. *Journal of Biosocial Sciences*, 39, 421-442.
- Somlai, A.M., Kelly, J.A., Heckman, T.G., Hackl, K., Runge, L., & Wright, C. (2000). Life optimism, substance use, and AIDS specific attitudes associated with high risk behaviour among disadvantaged inner-city women. *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine*, 9, 1101-1111.
- St. Lawrence, J.S., Brasfield, T.L., Jefferson, K.W., et al. (1995). Cognitive-behavioral intervention to reduce African-American adolescents' risk for HIV infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 221-237.
- Steers, W.N., Elliott, E., Nemiro, J., Ditman, D., & Oskamp, S. (1996). Health beliefs as predictors of HIV-preventive and ethnic differences in prediction. *Journal of Social Psychology*, 136, 99-110.
- Sterk, C.E., Theall, K.P., & Elifson, K.W. (2003). Effectiveness of a risk reduction intervention among African American women who use crack cocaine. *AIDS Education & Prevention*, 15, 15-32.
- Straub, R.O. (2002). HIV and AIDS. *Health Psychology*; Chapter 11 (p.460 499). Worth Publishers.
- Strazza, L., Azevedo, R.S., Boccia, T., & Carvalho, H.B. (2005). Vulnerabilidade à infecção pelo HIV entre mulheres com alto risco de exposição – menores infractoras e detentas do Estado de São Paulo, Brasil. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 17, 138-142.
- Sunmola, A.M. (2005). Sexual practices, barriers to condom use and its consistent use among long distance truck drivers in Nigeria. *AIDS Care*, 17, 208-221.
- Sunmola, A.M., Adebayo, D.O., & Ogungbemi, K.O. (2008). Patterns of condom acquisition and its association with consistent use among young men in Nigeria. *AIDS Care*, 20, 791-795.

- Tamayo, A., Lima, A., Marques, J., & Martins, L. (2001). Prioridades axiológicas e uso do preservativo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14, 167-175.
- Tarakeshwar, N., Hansen, N.B., Kochman, A., Fox, A., & Sikkema, K. (2006). Resiliency among individuals with childhood sexual abuse and HIV: perspectives on addressing sexual trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 449-460.
- Tassiopoulus, K.K., Seage, G.R., Sam, N.E., Ao, T.T., Masenga, E.J., Hughes, M.D, & Kapinga, S.H. (2006). Sexual behavior, psychosocial and knowledge differences between consistent, inconsistent and non-users of condoms: a study of female bar and hotel workers in Moshi, Tanzania. *AIDS & Behavior*, 10, 105-413.
- TEARFUND (2005). Poverty and HIV and AIDS. Retirado a 15 de Janeiro de 2008 da World Wide Web do site: <http://tilz.tearfund.org/Publications>.
- Teixeira, J.C. (1993). *Psicologia da saúde e SIDA*. Lisboa: ISPA.
- Teixeira, J.C. (1996). A SIDA no feminino do plural. As mulheres e a infecção pelo VIH. *Análise Psicológica*, 2, 367-36.
- Tenkorang, E.Y., Rajulton, F., & Maticka-Tyndale, E. (2008). Perceived risks of HIV/AIDS and first sexual intercourse among youth in cape town, South África. *AIDS & Behavior*, 13, 234-245.
- Terry, D., Gallais, C., McCamish, M. (1993). *The Theory of Reasoned Action: It's Application to AIDS-Preventive Behavior*. Oxford, England: Pergamon Press.
- Theall, K.A., Sterk, C.E., Elifson, K.W. (2003). Male condom use by type of relationship following an HIV intervention among who use illegal drugs. *Journal of Drug Issues*, 33, 1-27.
- Thomas, F. (2007). Global rights, local realities: negotiating gender equality and sexual rights in the Caprivi Region, Namibia. *Culture, Health and Sexuality*, 9, 599-614.
- Thorburn, S., Harvey, S.M., & Ryan, E.A. (2005). HIV prevention heuristics and condom use among African-American at risk for HIV. *AIDS Care*, 17, 335-344.
- Timpson, S.C., Williams, M.L., Ross, M.W, & Keel, K.B. (2005). African-american crack users` attitudes and beliefs about male and female condoms. *Journal of Substance Use*, 10, 207-213.
- Tinsley, B.J., Lees, N.B., & Sumartojo, S. (2004). Child and adolescent HIV risk: familial and cultural perspectives. *Journal of Family Psychology*, 18, 208-224.
- to promote AIDS prevention self-efficacy. *Community Research*; 20, 517-545.

- Tompkins, M., Smith, L., Jones, K., & Swindells, S. (2006). HIV education needs among Sudanese immigrants and refugees in the Midwestern United States. *AIDS & Behavior*, 10, 319-323.
- Torres, A.C., & Gomes, M.C. (2005). Drogas e prisões: relações próximas. *Revista Toxicodependências*, 11, 23-40.
- Tschann, J.M., Adler, N.E., Millstein, S.G., Gurvey, J.E., & Ellen, J.M. (2002). Relative power between sexual partners and condom use among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 31, 17-25.
- Turmen, T. (2003). Gender and HIV/AIDS. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82, 411-418.
- UNAIDS. (1998). Género e VIH/SIDA. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. World Health Organization.
- UNAIDS. (2001). Mudança de comportamento sexual em relação ao HIV: até onde nos levam as teorias? Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. World Health Organization.
- UNAIDS. (2004). *2004 report on the global AIDS epidemic*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. World Health Organization.
- UNAIDS. (2006). A global view of HIV infection: 2006 global report prevalence map. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. World Health Organization.
- UNAIDS. (2008). A global view of HIV infection. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. World Health Organization.
- UNDP (2007). Mozambique: national human development report 2007, challenges and opportunities – the response to HIV and AIDS. Maputo: UNDP.
- UNESCO & SAFAIDS (2001). *Gender & HIV/AIDS – A report of the international workshop on the development of empowering educational HIV/AIDS prevention strategies and gender sensitive materials*. Data: Julho de 2001. Retirado a 16 de Outubro de 2008 da World Wide Web do site: <http://www.unesco.org/education/uie/pdf/nairobi.pdf>
- UNESCO. (2001). Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas. Brasil: UNESCO. (2002). Addressing gender relations in HIV preventive education. Data: 2002. Retirado a 05 de Setembro de 2008 da World Wide Web do site: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001278/127877eb.pdf>

- UNFPA (2001). Prevenção do HIV/AIDS em locais com poucos recursos. *Out Look*, 19, 2-10.
- UNFPA (2002). Violência contra as mulheres: efeitos sobre a saúde reprodutiva. *Out Look*, 20, 2-8.
- UNFPA, UNIFEM, & OSAGI. (2005). *Combater a violência baseada em gênero: uma chave para alcançar os objectivos de desenvolvimento do milénio*. Data: Março de 2005. Retirado a 05 de Setembro de 2007 da World Wide Web do site: [http://www.unfpa.org/gender/docs/combating\\_gbv\\_por.pdf](http://www.unfpa.org/gender/docs/combating_gbv_por.pdf).
- UNICEF (2004). *Girls, HIV/AIDS and Education*. Data: Dezembro de 2004. Retirado a 16 de Setembro de 2008 da World Wide Web do site: [http://www.unicef.org/publications/files/Girls\\_HIV\\_AIDS\\_and\\_Education\\_\(English\).pdf](http://www.unicef.org/publications/files/Girls_HIV_AIDS_and_Education_(English).pdf)
- Varus, F. (2006). Girls schooling in Tanzania: the key to HIV/AIDS prevention? *AIDS Care*, 18, 863-871.
- Vermeer, W., Bos, A.E.R., Mbwapbo, J, S. Kaaya & Schaalma, H.P. (2008). Social and cognitive variables predicting voluntary HIV counseling and testing among Tanzanian medical students. *Patient Education and Counseling*, 75, 135-140.
- Vieira, C., Moura, M., Pinto, S., Silva., L. (2003). Comportamentos de risco em mulheres portuguesas: percepção do risco, crenças e atitudes face à transmissão do VIH/SIDA através das relações sexuais. Retirado a 15 de Dezembro de 2007 da World Wide Web do site: <http://www.aidscongress.net/pdf/180.pdf>.
- Villela, W.V., & Doreto, D.T. (2006). Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 2467-2472.
- Wade, A.S., Enel, C., & Lagarde, E. (2006). Qualitative changes in AIDS preventive attitudes in a rural Senegalese population. *AIDS Care*, 18, 514-519.
- Wagstaff, A. (2002). Poverty and Health Sector Inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 97-105.
- Wang, B., Li, X., Stanton, B., Fang, X., Liang, G., Liu, H., Lin, D., & Yang, H. (2007). Gender differences in HIV-related perceptions, sexual risk behavior, and history of sexually transmitted diseases among Chinese migrants visiting public transmitted disease clinics. *AIDS Patient Care and STDs*, 21, 57- 68.
- Warren, J.C., Fernandez, M.I., Harper, G.W., Hidalgo, M.A., Jamil, O.B., & Torres, R.S. (2008). Predictors of unprotected sex among young sexually active African



- American, Hispanic, and White MSM: the importance of ethnicity and culture. *AIDS & Behavior*, 12, 459-468.
- Wechsberg, W.M., Lam, W.K.K., Zule, W.A., & Bobashev, G. (2004). Efficacy of a woman-focused intervention to reduce HIV risk and increased self-sufficiency among African American crack abusers. *American Journal of Public Health*, 94, 1165-1173.
- Wechsberg, W.M., Luseno, W.K., Lam, W.K.K., Parry, C.D.H., & Morojele, N.K. (2006). Substance abuse, sexual risk, and violence: HIV prevention intervention with sex workers in Pretoria. *AIDS & Behavior*, 10, 131-137.
- Weinhardt, L.M., Carey, M.P., Carey, K.B. (1997). HIV risk reduction for the seriously mentally ill: Pilot investigation and call for research. *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychology*, 28, 87-95.
- Wells, J., Hobfoll, S., Lavin, J. (1999). Whem it Rains, It pours: The Greater Impact of Resource Loss Compared to Gain on Psychological Distress. *PSPB*, Vol. 25, No.9, pp.1172- 1182.
- WHO (2002). *Guidelines for the management of sexually transmitted infections*. World Health Organization. Data: 24 de Julho de 2002. Retirado a 27 de Dezembro de 2003 da World Wide Web do site: <http://www.who.int/reproductive-health>
- WHO AFRO (2002). *Trauma among children who are victims of violence*. Data: 16 de Setembro de 2002. Retirado a 13 de Março de 2007 da World Wide Web do site: <http://www.afro.who.int/home/contact.html=regional%20office>.
- Williams, M., Bowen, A., Ross, M., Timpson, S., Pallonen, U., & Amos, C. (2008). An investigation of a personal norm of condom-use responsibility among African American crack cocaine smokers. *AIDS Care*, 20, 218-227.
- Wilson, B.D.M., & Miller, R.B. (2003). Examining strategies for culturally grounded HIV prevention: a review. *AIDS Education & Prevention*, 15, 184-202.
- Wilson, D.J., Lavelle, S., Hood, R. (1990). Health knowledge and beliefs as predictors of intended condom use among Zimbabwean adolescents in probation/remand homes. *AIDS Care*, 2, 267-274.
- Wilson, H. M.(2003). Predictors of risky and precautionary sexual behaviors among single and married white women. *Journal of Applied Social Psychology*, 33, 791.
- Wingood G.M., DiClemente R.J. (2002). The Theory of Gender and Power: A Social Structural Theory for Guiding Public Health Interventions. In DiClemente RJ, Crosby RA, Kegler MC (Eds). *Emerging Theories in Health Promotion Practice*

- and Research: Strategies for Improving Public Health*. Chapter 12, 313-346. Jossey Bass, San Francisco, CA.
- Wingood, G., & DiClemente, R. (1998c). The influence of psychosocial factors, alcohol, and drug use on African-American women's high risk sexual behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 15, 54-59.
- Wingood, G.M., & DiClemente, R.J. (1997). The effects of an abusive primary partner on the condom use and sexual negotiation practices of African-American women. *American Journal of Public Health*, 87, 1016-1018.
- Wingood, G.M., & DiClemente, R.J. (1998a). The influence of psychosocial factors, alcohol, drug use on African-American women's high-risk sexual behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 15, 54-59.
- Wingood, G.M., & DiClemente, R.J. (1998b). Partner influences and gender-related factors associated with no condom use among young African-American women. *American Journal of Community Psychology*, 26, 29-51.
- Wingood, G.M., & DiClemente, R.J. (2006). Enhancing adoption of evidence-based HIV interventions: promotion of a suite of HIV prevention interventions for African American women. *AIDS Education & Prevention*, 18, 161-170.
- Wright, P.B., Stewart, K.E., Fischer, E.P., Carlson, R.G., Falck, R., Wang, J., Leukefeld, C.G., & Booth, B.M. (2007). HIV risk behaviors among rural stimulant users: variation by gender and race/ethnicity. *AIDS Education & Prevention*, 19, 137-150.
- Wulfert, E., Wan, C.K. (1993). Condom use: A self-efficacy model. *Health Psychology*, 12, 346-353.
- Wyatt, G.E., Myers, H.F., & Loeb, T.B. (2004). Women, trauma and HIV: an overview. *AIDS & Behavior*, 8, 401-403.
- Wyatt, G.E., Myers, H.F., Williams, J.K., Kitchen, C.R., et al. (2002). Does a history of trauma contribute to HIV risk for women of color? Implications for prevention and policy. *American Journal of Public Health*, 92, 660-665.
- Yzer, M., Fishbein, M., & Hennessy, M. (2008). HIV interventions affect behavior indirectly: results from the AIDS community demonstration projects. *AIDS Care*, 20, 456-461.
- Zablotska, I.B., Gray, R.H., Koenig, M.A., Serwadda, D., Nalugoda, F., Kigozi, G., Sewankambo, N., Lutalo, T., Mangen, F.W., & Wawer, M. (2007). Alcohol use,

- intimate partner violence, sexual coercion and HIV among women aged 15-24 in Rakai, Uganda. *AIDS & Behavior*, 13, 225-233.
- Zhao, R., Wang, B., Fang, X., Li, X., & Stanton, B. (2008). Condom use and self-efficacy among female sex workers with steady partners in China. *AIDS Care*, 21, 132-132.
- Zierler, S., & Krieger, N. (1997). Reframing women's risk: social inequalities and HIV infection. *Annual Review of Public Health*, 18, 1401-1436.
- Zierler, S., Feingold, L., Laufer, D., Valentgas, P., Kantrowitz-Gordon, I., & Mayer, K. (1991). Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. *American Journal of Public Health*, 81, 572-575.
- Zungu-Dirwayi, N., Shisana, O., Louw, J., & Dana, P. (2007). Social determinants for HIV prevalence among South African educators. *AIDS Care*, 19, 1296-1303.





## **PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS**

**Área de Conhecimento:** Psicologia da Saúde.

**Nome:** Ana Luísa Patrão Martins.

**Tema:** Prevenção da Sida e Promoção da Saúde em Mulheres Moçambicanas: Estudo de Preditores de Comportamentos de Risco para o HIV Sida e Teste da Eficácia de Uma Intervenção Psicossocial.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa McIntyre.

**Co-Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Doutora Eleonora Veiga-Costa

## INTRODUÇÃO

O presente Projecto de Doutoramento pretende intervir psicossocialmente no continente africano, mais propriamente, em Moçambique, através de uma investigação que (1) identifique factores psicossociais de risco para o VIH/sida na mulher moçambicana, e (2) teste uma intervenção psicossocial, a intervenção ACCENT. O trabalho proposto vem na continuidade do estudo desenvolvido, em Portugal, por McIntyre e Costa (2004), com a diferença de que se propõe abordar esta temática em contexto africano, numa realidade cultural e social completamente distinta da europeia e norte-americana. Pretende-se ainda investigar o impacto da sintomatologia de PTSD na eficácia desta intervenção.

O objectivo geral da investigação inerente ao presente Projecto de Doutoramento visa contribuir para a promoção da saúde sexual das mulheres moçambicanas através (1) do aumento do conhecimento dos factores preditores de risco para o HIV Sida; e (2) teste da eficácia de uma intervenção psicossocial, focada no treino de negociação com o parceiro (ACCENT). Os objectivos específicos são os que seguem:

1. Identificar os preditores psicossociais de comportamentos de risco para o HIV Sida, na mulher moçambicana.

Serão estudadas variáveis sociais e cognitivas, como o bem-estar, a auto-eficácia, a percepção do risco, as atitudes e crenças face à prevenção, os conhecimentos sobre o HIV Sida, o suporte social, etc.; e comportamentais, como o uso do preservativo, a existência de múltiplos parceiros e as DST's.

2. Investigar o impacto da história de abuso e da presença de sintomatologia de stress pós-traumático (PTSD), nas variáveis cognitivas e nos comportamentos de risco.

Este objectivo pressupõe verificar de que forma a história de abuso interfere com os recursos psicossociais e o bem-estar psicológico das mulheres que o sofreram, e em que medida é que este facto influencia ou não a capacidade destas lidarem com o conflito. Por sua vez, a forma como lidam com o conflito, influencia a mudança para a adopção de comportamentos sexuais seguros. Assim pretende-se investigar primeiramente se a história de abuso sexual se associa a uma diminuição da auto-estima e ao aumento dos

sintomas relacionados com a PTSD; e, posteriormente, se o abuso se relaciona com a diminuição das competências pessoais e relacionais (factor este que está relacionado com comportamentos de risco para a infecção ao HIV).

3. Testar a Intervenção de Capacidade Acelerada para o Treino de Negociação de Exposição ao Conflito (ACCENT).

Trata-se de um programa muito pertinente para mulheres sexualmente activas, na medida em que a adopção de comportamentos sexuais seguros, por vezes, é geradora de conflitos de género ou de medo desses mesmos conflitos. Por este motivo, a resolução/negociação de conflitos é muito importante na indução de comportamentos saudáveis nos casais (Wingood & DiClemente, 1998). Este é um programa que pode ser aplicado á generalidade das mulheres, mas é especialmente relevante para mulheres com história de abuso pois são aquelas que, em princípio, estarão mais vulneráveis e receosas ao conflito e com as suas capacidades/comptetências para a resolução dos mesmos diminuídas. Aqui são usadas técnicas como o role play, ensaio cognitivo e modelagem (vídeos). Pretende-se verificar se o ACCENT é eficaz no aumento dos recursos psicossocais necessários á mudança para o sexo seguro, não só na generalidade das mulheres vulneráveis ao risco, mas também e sobretudo naquelas que possuem história de abuso. Será feita uma comparação dos resultados entre mulheres com e sem história de abuso.

4. Contribuir para uma teoria/modelo explicativos dos comportamentos de risco face ao HIV Sida na mulher moçambicana.

O Modelo de Informação Motivação e Competências Comportamentais (Fisher, 1992, cit. por Costa, 2007) é uma teoria de mudança do comportamento que tem servido de apoio para muita investigação sobre a intervenção na área do HIV Sida. Este modelo dá importância a uma informação fidedigna, á motivação, á auto-eficácia e ás competências comportamentais na modificação do comportamento sexual de risco (Costa, 2007). Torna-se importante compreender os preditores de mudança no contexto africano, de forma a que novos modelos/teorias informem o desenvolvimento de intervenções mais eficazes e adequadas á realidade africana.

5. Produzir e adaptar material informativo e educativo, e instrumentos de avaliação para a Promoção da Saúde, em contexto moçambicano.



Este trabalho obrigará á produção e adaptação de material próprio para o contexto moçambicano, o que será uma mais valia, pois será material que poderá ser reproduzido posteriormente em intervenções semelhantes.

Para salvaguardar o adequado desenvolvimento da investigação num contexto onde não se encontram resultados de estudos semelhantes, considera-se pertinente levar a cabo um estudo piloto que permita adaptar os instrumentos e a intervenção a utilizar, assim como, identificar parceiros, e reconhecer o terreno social e cultural onde a futura investigação se desenvolverá.

## **RECOLHA DE DADOS**

### **Amostra**

Para alcançar os objectivos anteriormente descritos, vai-se proceder á selecção de uma amostra aleatória de mulheres que se encontram em risco para a infecção do HIV/Sida. Durante o estudo piloto tentar-se-á determinar o universo da amostra para posteriormente se proceder ao método de amostragem aleatório. Para se determinar o N é necessário saber o nº médio de utentes durante o período de recolha de dados.

Após a selecção, estas mulheres serão distribuídas por 3 grupos, correspondentes a diferentes condições. Os grupos serão os seguintes:

- Grupo 1 – ACCENT para mulheres com história de abuso;
- Grupo 2 – ACCENT para mulheres sem história de abuso;
- Grupo 3 – Grupo de controle (Intervenção Educativa Geral).

Os 3 grupos serão avaliados em 3 momentos:

- Pré-Teste (antes da intervenção);
- Pós-Teste (depois da intervenção)
- Seguintes (após um mês e após 3 meses, em parte da mostra).

A selecção das participantes será efectuada no Hospital Central da cidade Beira, mais propriamente no Serviço de Ginecologia.

Serão seleccionadas mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 50 anos, por ser uma faixa etária muito atingida pela problemática, especialmente a faixa etária entre os 30-39 anos; mas também para facilitar a selecção de mulheres com as características como as que se pretende que as participantes tenham. Assim, poder-se-á ter um maior leque de mulheres jovens. As participantes deverão ter ainda um mínimo de 4 anos de escolaridade. Pretende-se trabalhar com grupos de mulheres que possuam um risco elevado para o VIH/Sida.

Os critérios de inclusão serão possuir um ou mais dos seguintes critérios:

1. Mulheres que procuram cuidados para doenças sexualmente transmissíveis;
2. Mulheres que tiveram múltiplos parceiros durante os seis meses prévios;
3. Mulheres que relatam terem tido sexo com uma pessoa que sabem ter outros parceiros sexuais;
4. Mulheres que utilizam drogas endovenosas/abuso de substâncias.

Estes critérios serão aplicados e analisados na altura do recrutamento das participantes nas organizações supracitadas.

Devido a constrangimentos temporais, durante o estudo piloto não será possível proceder às avaliações de seguimento após 1 e 3 meses da intervenção, no entanto, tentar-se-á delinear a forma como isso poderá ser feito na futura investigação, junto dos profissionais da instituição de saúde onde irá decorrer a investigação

### **Procedimentos**

Pretende-se que a investigação decorra numa instituição de saúde da cidade da Beira (ex.: Hospital). Os questionários de pré e pós-teste serão respondidos de forma individual na própria instituição. Os questionários de seguimento poderão ser administrados na instituição ou no domicílio das participantes.

Serão adoptados alguns procedimentos específicos para se certificar que questões éticas da intervenção sejam salvaguardadas. Alguns desses procedimentos são os seguintes:

- Administração dos questionários individualmente, no entanto, com a presença constante do entrevistador para permitir o esclarecimento de alguma dúvida;
- Consentimento Informado, que permita que as participantes sejam informadas sobre a natureza do estudo, vejam salvaguardada a questão da confidencialidade, e estejam esclarecidas de que são livres de desistir da participação do estudo em qualquer momento.

O estudo piloto será desenvolvido por um único investigador, embora na investigação futura se pretenda que esta possa contar com colaboradores devidamente treinados. Todo o estudo será orientado pela docente responsável, para que as questões de validade interna estejam sempre salvaguardadas.

### **Variáveis**

O estudo piloto pretende estudar as mesmas variáveis da investigação futura, sendo estas de cariz sócio-demográfico, social, cognitivo e comportamental. As variáveis a estudar agrupam-se nas seguintes:

- Variáveis Sócio-Demográficas:
  - Idade;
  - Escolaridade;
  - Etnia;
  - Estatuto Profissional (empregada ou desempregada);
  - Tipo de Profissão;
  - Estado Civil;
  - Estado Civil;
  - Rendimentos;
  - Co-habitação.
- Variáveis Psicossociais e Cognitivas:
  - Auto-eficácia;

- Auto-Estima;
- Bem-estar psicológico;
- Percepção do Risco;
- Atitudes face á prevenção;
- Conhecimentos sobre o HIV Sida;
- Suporte social;
- Perda de recursos;
- História de abuso e PTSD;
  - Comportamentais:
- Uso do preservativo;
- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Múltiplos parceiros;
- Uso de álcool e drogas.

### **Instrumentos**

Relativamente aos instrumentos que serão utilizados, trata-se dos instrumentos utilizados no Women`s Study de Hobfoll, estando todos eles adaptados à população portuguesa e integrados no Questionário do Estudo da Saúde das Mulheres. A sua adaptação foi efectuada por McIntyre e Veiga-Costa (2004), aquando da aplicação dos mesmos num estudo sobre a Prevenção da Sida e Promoção da Saúde nas Mulheres Portuguesas. Embora este tenha sido um estudo muito semelhante àquele que se pretende elaborar, será feita uma nova adaptação dos instrumentos adequada á população moçambicana durante o teste piloto.

A lista de instrumentos que constam do Questionário do Estudo da Saúde das Mulheres (McIntyre Veiga-Costa, 2004) e que constará do Questionário do Estudo da Saúde das Mulheres Moçambicanas é a seguinte:

- Questionário Sócio-Demográfico
- Self-Efficacy AIDS Negotiation Scale;
- Conservation of Resources-Evaluation (COR-E);
- Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D);
- Social Provisions Scale: Relationship Questionnaire;
- General Perceived Self-Efficacy;
- Sexual Knowledge;
- Past Sexual Behaviour;
- Perceptions of Risk: Atitudes and other AIDS related behaviors;
- Current safer sex practices (Hobfoll, 2002);
- Barriers Against Safer Sex Behavior Scale: Reasons for not practicing safer-sex;
- STD markers;
- Alcohol and drug use;
- Self-Esteem Scale;
- PTSD Symptom Scale Self-Reported (PSS-SR);
- Sexual Abuse in Adulthood;
- Childhood Trauma Questionnaire;

### **Intervenção**

As intervenções ACCENT e Educativa serão adaptadas do trabalho feito por McIntyre e Costa (2004). A sua adaptação será efectuada durante o teste piloto.

A intervenção começa com o convite dirigido às mulheres para participarem em 4 sessões, onde irão estar reunidas em pequenos grupos de 7 a 10 elementos. Estas sessões serão de 1 hora e 30 minutos cada, repartidas no período de 4 semanas. A viabilidade do número de sessões deverá ser discutido com os profissionais da instituição de saúde onde irá decorrer a investigação. O ACCENT realça a exposição gradual das participantes ao conflito para melhorar as competências cognitivas e de negociação. Este programa foi pensado para apoiar o combate ao medo ou incapacidade de confrontação e negociação do sexo seguro, face a homens confrontativos (Wingood & DiClemente, 1997). O programa tem como finalidade promover o desenvolvimento de um plano de saúde e a efectividade do mesmo ao longo do tempo. Pretende, assim, sensibilizar as mulheres a pensarem nas consequências bio-psico-sociais do sexo não

protegido e nos ganhos do sexo seguro. Serão trabalhadas temáticas como a história sexual, o uso do preservativo e do espermicida, a testagem do HIV, etc., tentando-se assim aumentar o seu conhecimento e expectativas positivas face ao sexo seguro (McIntyre & Costa, 2004; Hobfoll et al., 1994; Kelly et al., 1994).

As sessões estão programadas com os seguintes conteúdos (McIntyre e Veiga-Costa, 2004; Hobfoll et. al., 1994; Kelly et al., 1994):

- Sessões 1 a 3:

Visualização de vídeos e exercício do que visualizaram, juntamente com o líder do grupo. Nesta fase é trabalhada a questão da confrontação com o homem relativamente a aspectos inerentes á vida amorosa e sexual. A 1ª sessão é dedicada á aprendizagem dos passos da negociação e argumentação de forma clara e amistosa (não sendo nem passivas, nem agressivas). Irão ser praticadas técnicas de negociação através da imaginação guiada. Nas sessões que se seguem, as participantes vão assistindo, através de vídeo, a situações cada vez mais elevadas de confrontação. Dá-se um aumento do nível de confrontação verbal e, introdução de gestos indicadores de ameaça física. Em cada uma destas fases é demonstrado um modelo de negociação bem sucedida e um de negociação mal sucedida. No final, serão praticadas as técnicas de negociação através da imaginação guiada (Meichenbaum, 1997) e do role play. As componentes da negociação incluem: (1) decidir em relação a um comportamento pessoal (por exemplo, não ter relações sexuais sem preservativo), (2) explicar a razão subjacente à decisão ao parceiro, (3) antecipar a reacção provável por parte do parceiro e como a própria mulher poderá reagir, (4) ser firme mas não agressiva em relação ao objectivo, (5) realizar tentativas para compreender os objectivos do parceiro, (6) expressar preocupação em relação aos objectivos e necessidades do parceiro, (7) procurar um compromisso que vai de encontro às necessidades do parceiro mas que não compromete o objectivo comportamental de sexo seguro. As mulheres irão aprender técnicas específicas de negociação, tal como a negociar de forma a conter a violência e a decidir quando devem sair das situações onde estão em potencial risco físico.

- Sessão 4:

Nesta sessão não serão utilizados meios audio-visuais. Irá ser aberto um espaço onde as mulheres terão oportunidade para colocar os seus constrangimentos, ou seja, as suas situações mais difíceis. Aqui serão utilizadas técnicas como a discussão e

imaginação guiada e role-play, onde serão praticadas e demonstradas as competências aprendidas. Desta forma, as participantes testam a sua própria eficácia, em situações próximas às da sua própria vida.

Quanto á Intervenção Educativa, esta consiste em fornecer informação escrita ás participantes (folheto informativo). A informação dada vai no sentido de esclarecer as participantes sobre comportamentos que as podem colocar em risco para o HIV Sida, tais como, o seu número de parceiros, o uso do preservativo, risco associado aos seus parceiros (uso de drogas e existência de outras parceiras sexuais), e práticas sexuais.

## **CRONOGRAMA DE TRABALHOS**

### **Projecto de Investigação na sua Totalidade**

<b>Actividades</b>	<b>2007</b>		<b>2008</b>		<b>2009</b>		<b>2010</b>		<b>2011</b>	
	Maio a Dezembro		1º Sem.	2º Sem.	1º Sem.	2º Sem.	1º Sem.	2º Sem.	Janeiro a Abril	
1. Aprofundamento dos Conhecimentos em Psicologia da Saúde										
2. Revisão da Literatura										
3. Adaptação dos Instrumentos e Teste Piloto										
4. Recolha dos Dados										
5. Codificação e Entrada dos Dados										
6. Análise dos Dados										
7. Redacção Final da Tese										



Teste Piloto

ACTIVIDADES	SEMANAS					
	De 01/07 a 06/07	De 07/07 a 13/07	De 14/07 a 20/07	De 21/07 a 27/07	De 28/07 a 03/08	De 04/08 a 08/08
1. Reconhecimento do contexto sócio-cultural						
2. Contactos Institucionais						
3. Aplicação do Pré-Teste						
4. Intervenção Educativa Geral						
5. 1ª Sessão ACCENT						
6. 2ª Sessão ACCENT						
7. 3ª Sessão ACCENT						
8. 4ª Sessão ACCENT						
10. Pós-Teste						
11. Recolha de Material Bibliográfico a Nível Local						



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

## MINISTÉRIO DA SAÚDE

### COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA PARA A SAÚDE

Exma Senhora  
Dr.ª. Luisa Patrão Martins

Refª 392/CNBS

Data 9 de Dezembro de 2008

Assunto: Parecer sobre estudo prevenção da sida e promoção da saúde em mulheres Moçambicanas.

O Comité Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS) analisou as respostas relativas ao protocolo com seguinte título: "**Prevenção da sida e promoção da Saúde em Mulheres Moçambicanas: Estudo de preditores de comportamentos de risco para o HIV sida e teste da eficácia de uma intervenção psicossocial**", Sobre o mesmo o CNBS chegou a seguinte conclusão:

O CNBS não vê nenhum inconveniente de ordem ética que impeça a realização do estudo pelo que, dá a sua devida aprovação.

Contudo, recomenda-se aos investigadores que mantenham o CNBS informado do decurso do estudo.

Faz notar que a aprovação ética não substitui a autorização administrativa.

Sem mais de momento as nossas cordiais saudações.

O Presidente

Dr. João Manuel de Carvalho Fumane

ENDEREÇO:  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
C. POSTAL 264  
Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende  
MAPUTO – MOÇAMBIQUE

Telefones: 430814/427131(4)  
Telex: 6-239 MISAU MO  
FAX: 258 (1) 426547  
258 (1) 33320



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

## MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Ministro

Exma Senhora  
Ana Luísa Patrão Martins

Nota n.º *JSI / 020* /GMS/09

Maputo, 30 de Janeiro de 2009

**Assunto:** Pedido de realização de estudo

Incumbe-me S. Excia o Ministro da Saúde, Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido de acusar o requerimento formulado pela , **Sra. Ana Luísa Patrão Martins**, na qual solicita a autorização para desenvolver um estudo de investigação com mulheres utentes do Hospital Central da Beira, e, tenho a informar o despacho recaído , cujo o teor é o seguinte:

“Autorizo.”

Assinado: Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido  
(30/01/2009)

O Chefe do Gabinete

  
**Tiago Macuácuá**

## FICHA DE REFERENCIAÇÃO

### **Prevenção da Sida e Promoção da Saúde em Mulheres Moçambicanas: Estudo de Preditores de Comportamentos de Risco para o VIH/SIDA e Teste da Eficácia de Uma Intervenção Psicossocial**

---

#### **CRITÉRIO (S) DE INCLUSÃO DIAGNOSTICADOS/OBSERVADOS:**

1. Procurar cuidados para doenças sexualmente transmissíveis ☐
2. Ter múltiplos parceiros durante os seis meses prévios ☐
3. Relatar terem tido sexo com uma pessoa que sabem ter outros parceiros sexuais ☐
4. Utilizar drogas endovenosas/abuso de substâncias ☐

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Médico (a) Ginecologista Obstetra**

---

**Prevenção da Sida e Promoção da Saúde em Mulheres Moçambicanas: Estudo de Preditores de Comportamentos de Risco para o VIH/SIDA e Teste da Eficácia de Uma Intervenção Psicossocial**

A presente investigação desenvolve-se no âmbito de um Projecto de Doutoramento, que visa um trabalho de investigação/acção de promoção da saúde e prevenção do VIH/SIDA em mulheres moçambicanas.

Para tal, a sua colaboração é fundamental. Com ela podemos conhecer melhor a realidade moçambicana em termos de preditores de comportamento de risco para o VIH na mulher moçambicana, assim como, testar a eficácia de uma intervenção psicossocial que se tem evidenciado muito eficaz na prevenção do VIH em mulheres em risco.

Para participar neste estudo, solicitamos que nos responda a algumas questões de um questionário, em 4 momentos. Asseguramos-lhe que as suas respostas são estritamente confidenciais, sendo os resultados codificados. Esta participação será voluntária, podendo interrompê-la a qualquer momento sem que isso a prejudique de alguma forma.

Se aceita colaborar neste estudo, por favor, preencha a declaração de consentimento informado que se encontra em anexo.

Muito obrigada,

A doutoranda e investigadora responsável

Ana Luísa Patrão Martins.

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

### **Prevenção da Sida e Promoção da Saúde em Mulheres Moçambicanas: Estudo de Preditores de Comportamentos de Risco para o VIH/SIDA e Teste da Eficácia de Uma Intervenção Psicossocial**

**Eu, abaixo-assinado, (nome completo da participante)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar e na qual serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto preencher os questionários propostos pela investigadora.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

***Assinatura da participante:***

\_\_\_\_\_

A investigadora responsável:

***Nome:*** Ana Luísa Patrão Martins

***Assinatura:***

\_\_\_\_\_

**Questionário do Estudo sobre a Saúde das Mulheres Moçambicanas**  
**(Hobfoll, 2002; Versão Portuguesa adaptada de Eleonora Veiga-Costa, Teresa**  
**McIntyre e Ana Luísa Patrão, 2009)<sup>1</sup>**

N.º \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Iniciais do Entrevistador: \_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Tempo de Avaliação: Piloto ☐ Pré ☐ Pós ☐ Seguimento1 ☐ Seguimento2 ☐

2. Que idade tem? \_\_\_\_\_

3. Quantos anos tem de escolaridade?

4-6 anos ☐

7-9 anos ☐

10-12 anos ☐

Técnico ☐

Bacharelato ☐

Licenciatura ☐

Pós-Graduação ☐

4. Qual a sua origem étnica?

Africana Caucasiana ☐

Africana Negra ☐

Africana origem Asiática ☐

Outra \_\_\_\_\_ ☐

5. Está empregada? (Se Não, passe a 7)

Sim ☐

Não ☐

6. Está empregada, qual a sua profissão?

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> A versão completa deste questionário e das escalas que o compõem pode ser obtida contactando as respectivas autoras.





## Manual do Programa ACCENT Moçambique<sup>2</sup>



**Teresa McIntyre, Eleonora Veiga-Costa & Ana Luísa Patrão - 2009**

---

<sup>2</sup> A versão completa deste manual pode ser obtida contactando as respectivas autoras.



## INTRODUÇÃO

A Capacidade Acelerada para a Exposição ao Conflito e Treino de Negociação (**ACCENT**) é um programa de prevenção, desenvolvido de forma a ser amplamente relevante para as mulheres jovens e sexualmente activas (Hobfoll, 2000; Veiga-Costa & McIntyre, 2002). Tem como finalidade promover o desenvolvimento de um plano de saúde sexual e a efectividade do mesmo ao longo do tempo. Pretende sensibilizar as mulheres a pensarem nas consequências biopsicossociais do sexo desprotegido e nos ganhos do sexo seguro. São trabalhadas temáticas como a história sexual, o uso do preservativo, a testagem do VIH, etc., tentando-se aumentar o conhecimento e expectativas positivas face ao sexo seguro (McIntyre & Veiga-Costa, 2004; Hobfoll et al., 1994, Veiga-Costa, 2007). Este programa foi criado com o objectivo de promover as competências de negociação face a situações de pressão, ao mesmo tempo que transmite conhecimentos sobre o sexo seguro (McIntyre & Veiga-Costa, 2004).

O programa tem os seguintes objectivos principais:

- ❖ Ensinar competências psicossociais (e.g.: negociação), e promover o *empowerment* e a flexibilização dos limites pessoais, com vista à adopção de comportamentos de saúde, especialmente, comportamentos sexuais protegidos;
- ❖ Informar e educar sobre comportamentos sexuais seguros, sobre a contracepção, e as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), assim como, sobre recursos comunitários de apoio que se encontram disponíveis;
- ❖ Promover o desenvolvimento de planos de acção e o estabelecimento de objectivos, num enquadramento comunitário, com vista à manutenção de competências psicossociais que visam a prática de comportamentos sexuais seguros.

Originalmente, o programa **ACCENT** foi criado com 6 sessões em grupo, com duração de 2 horas cada; 4 de visualização de vídeos, e 2 para discussão livre. O foco dos encontros em grupo está na participação activa do próprio grupo e na partilha de experiências e aumento do suporte social das participantes. Apesar desta estrutura original, o programa pode ser adaptado para um maior ou menor número de sessões (aumentando ou diminuindo o tempo de cada sessão), desde que sejam respeitados os conteúdos. Por exemplo, na adaptação portuguesa (Veiga-Costa & McIntyre, 2002), este foi diminuído para 4 sessões, sem interferir com a organização e conteúdo das mesmas, nem com a eficácia do programa a curto e médio prazo. Esta versão portuguesa do programa, efectuada por Veiga-Costa e McIntyre (2002), adveio de um estudo de investigação dirigido à população feminina de risco para o VIH, tendo avaliado e comparado a eficácia de uma intervenção educativa de 1 sessão com a intervenção **ACCENT**.

Em contexto moçambicano, o Programa ACCENT foi reduzido para o menor número possível de sessões, apresentando apenas 2, mas com maior duração, tendo em vista a sua aplicação no Hospital Central da Beira, serviço de Ginecologia. Esta alteração adveio de algumas constatações efectuadas no decorrer do estudo piloto da investigação onde o programa será utilizado. São motivos desta alteração: (1) o facto da maioria da população feminina estar desempregada e não possuir recursos económicos que permitam ou favoreçam a deslocação ao hospital (por outro lado, ao aderirem, têm mais tempo disponível para permanecerem em sessões mais longas) e ainda, (2) o facto do contacto à distância se encontrar dificultado ou inexistente (via telefónica ou electrónica). Assim, um menor número de sessões poderá tornar-se mais conducente à participação, na medida em que (1) acarreta menores gastos de deslocação, e (2) facilita o contacto com as participantes em termos temporais, havendo um único intervalo entre as sessões. A diminuição para duas sessões obrigou à diminuição de algumas componentes práticas, tais como o desenvolvimento de alguns role-play. No entanto, é importante referir que estes não foram excluídos mas sim condensados (ex.: treino de várias técnicas num único role-play, competências que anteriormente eram praticadas isoladamente e repetidas ao longo do programa).

Ao longo do manual do programa existem muitas componentes-chave que estão sublinhadas e explicitamente detalhadas, de modo a orientar os profissionais responsáveis pela intervenção em grupo. Estas componentes serão explicadas detalhadamente de seguida.

A implementação do Programa ACCENT com mulheres moçambicanas, utentes do Hospital Central da Beira, segue a seguinte organização:

***Checklist para o 1º encontro – Pré-Teste***

- Número de identificação (número de questionário).
- Questionário do Estudo sobre a Saúde nas Mulheres;
- Randomização das participantes pelos grupos experimental 1 (Intervenção Didáctica), Experimental 2 (Intervenção ACCENT) e grupo de Controlo.

***Checklist 2º Encontro***

- 1ª Sessão (ACCENT 1, 2 e 3)

***Checklist para o 3º encontro (Após 3 dias da 1ª sessão)***

- 2ª Sessão (ACCENT 4, 5 e 6)

***Checklist para o 4º encontro – Pós-Teste (Após uma semana da 2ª Sessão)***

- Questionário do Estudo sobre a saúde nas mulheres.

***Checklist para os Seguintes 1 (1 mês após o Pós-Teste) e Seguimento 2 (3 meses após o Pós-Teste)***

- Questionário do Estudo sobre a saúde nas mulheres.



Manual da Intervenção Didáctica  
Moçambique



**Teresa McIntyre, Eleonora Veiga-Costa & Ana Luísa Patrão - 2009**

### ***Checklist para o 1º encontro (Pré-teste)***

- Número de identificação (número de questionário).
- Questionário do Estudo sobre a Saúde nas Mulheres;
- Sessão de Intervenção: Brochura sobre o VIH; Panfleto avançado de Perguntas e Respostas sobre o VIH;

### ***Checklist para o 2º encontro (Pós-teste) – Após 1 semana***

- Questionário do Estudo sobre a saúde nas mulheres;

### ***Checklist para o follow-up 1 (1 mês) e 2 (3 meses)***

- Questionário do Estudo sobre a saúde nas mulheres.

### **Conteúdo do 1º Encontro**

“Olá! O meu nome é \_\_\_\_\_ e estou a trabalhar no Projecto de Promoção da Saúde nas Mulheres Moçambicanas. Foi seleccionada para se encontrar comigo em vários momentos para participar em sessões educativas, o que significa que tais sessões serão individuais (investigadora e participante). É do meu conhecimento que se mostrou disponível, junto do médico (a) ginecologista para se encontrar comigo. O nosso primeiro encontro irá ter a duração de 60 minutos. Vamos então marcar o nosso primeiro encontro. Quando é que está disponível?”

### **Intervenção Didáctica – 1ª Brochura**

- Cumprimentar a participante;
- Pode começar a parte informativa dizendo, “Vamos ler esta brochura sobre o VIH que ficará para si. Pode já conhecer alguma desta informação, mas tenho de passar por todos os pontos do programa consigo.”;
- Abra de seguida a brochura;
- Converse sobre a informação que se encontra dentro da brochura e, posteriormente, a que se encontra na parte exterior com os recursos;

### **Intervenção Didáctica – 2ª Brochura**

- “Nesta sessão vamos rever mais alguma informação sobre o VIH. Este panfleto também ficará consigo e basicamente tem muitas questões e respostas sobre o VIH.”
- Ler as questões e respostas;
- Algumas questões podem necessitar de mais atenção/informação adicional;



**Conseguiu participar nas sessões de Intervenção Didáctica! Agora já faz parte da Intervenção Didáctica! É conhecimento que promove a saúde e previne a doença!**